



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Perfil e prevalência da Dor de uma população  
idosa institucionalizada na região da Beira Interior  
Norte: Um estudo Descritivo**  
**Experiência profissionalizante na vertente de farmácia  
comunitária e investigação**

**Teresa Camila Sebastião Soares**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor João Luís Baptista  
Co-orientador: Prof. Doutora Maria de Lurdes Paiva Monteiro & Prof. Dr. José  
Manuel Martins Valbom

**Covilhã, janeiro de 2017**



# Dedicatória

*“Sentimos a dor, mas não a sua ausência.”*

Arthur Scopenhauer

Aos meus pais, irmãos e todos aqueles que estiveram presentes nos melhores e piores momentos, que me tornam naquilo em que sou hoje.

Um grande e sincero obrigado.



# Agradecimentos

Gostaria em primeiro lugar de agradecer ao meu orientador Professor Doutor João Luís Baptista e co-orientadores Professora Doutora Maria de Lurdes Paiva Monteiro e Professor Dr. José Manuel Martins Valbom, pela orientação, dedicação, disponibilidade, tempo e por todos os conhecimentos que me transmitiram. Têm o meu maior respeito e profunda admiração. Muito obrigada.

A todas as Instituições que participaram no estudo apresentado, e a todos os seus utentes que nos receberam de braços abertos.

À equipa da Farmácia Higiénica pela disponibilidade e partilha de conhecimento no âmbito profissional.

À minha amiga, colega, companheira de casa e de trabalho, Maria Inês Janela por toda a amizade, companheirismo entreadajuda e paciência, e também à sua família pelo acolhimento que me deram.

Ao Cláudio por toda a força, ajuda, paciência, disponibilidade, nesta fase e sempre. Sem ti nunca teria conseguido.

Aos meus pais e irmãos por tudo.

E a todos os meus amigos, com quem tive o privilégio de me cruzar durante estes últimos anos na cidade neve, em especial à Simone, Marisa, Francisca, Catarina, Maria João, Solange e André, obrigado pelos momentos que partilhamos.



# Resumo

A presente dissertação insere-se no âmbito da obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas e divide-se em dois capítulos distintos.

O Capítulo I descreve o trabalho de investigação, intitulado Perfil e prevalência da Dor de uma comunidade idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte. O principal objetivo deste estudo foi descrever o perfil e prevalência da Dor numa população com mais de 65 anos institucionalizada na região da Beira Interior Norte utilizando a ferramenta de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

O envelhecimento populacional está bem patente na sociedade atual e com este vem a procura de instituições que possam acolher e aceder às necessidades dos mais idosos. Por outro lado, vêm também todas as dificuldades e morbilidades associadas a esta população, sendo uma das queixas mais frequente entre os idosos, a dor, muitas vezes erradamente associada ao próprio processo de envelhecimento. Assim, torna-se necessário caracterizar a população em questão com recurso a ferramentas universais e padronizadas, de forma a melhor se compreenderem as suas características e necessidades.

O estudo foi conduzido em nove instituições da região da Beira Interior Norte, e participaram 237 utentes aos quais foram aplicados três questionários, o Questionário Sociodemográfico para a recolha de informações demográficas, o Questionário Resumido da Dor para caracterização do perfil e prevalência da dor e o Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões para complementar a caracterização da dor. Os resultados obtidos mostraram uma elevada prevalência de dor entre os idosos institucionalizados (72,2%). A dor é essencialmente localizada (94,4%) sendo a região com maior incidência o tronco (31,8%). A intensidade da dor sentida foi na maior parte das vezes leve e as principais características e sintomas associados à dor, foi a dor tipo choque elétrico (43,7%) e as picadas (58,6%). Os fatores associados com o alívio da dor foram o deitar e o repouso e os mais referidos como piorar da dor, o movimento e fatores emocionais. A principal forma de controlo da dor, encontrada foi a farmacológica (64,7%), no entanto verifica-se uma frequência bastante elevada de utentes que não utilizam qualquer forma de controlo da dor, apesar de com ela lidarem diariamente, pelo que se torna necessário consciencializar doentes e cuidadores acerca da problemática da dor bem como implementar estratégias que visem o seu controlo na população em causa.

O Capítulo II é resultado da experiência profissionalizante em farmácia comunitária através da realização de um estágio curricular. Este capítulo refere a função e importância do farmacêutico na comunidade, bem como as principais atividades desenvolvidas e observadas durante o período de estágio, desde as regras necessárias ao funcionamento de uma farmácia,

passando pelo circuito do medicamento, gestão farmacêutica até à dispensa do medicamento e aconselhamento farmacêutico.

## **Palavras-chave**

Comunidade idosa institucionalizada; Idoso; Dor; Perfil da dor; Prevalência da dor; Classificação internacional de funcionalidade; CIF; Analgésicos; Beira Interior.



# Abstract

The present dissertation falls within the scope of obtaining a Master Degree in Pharmaceutical Sciences and is divided in two main chapters.

The chapter 1 describe the investigation work, named Profile and prevalence of the Pain in an elderly institutionalized community in the North Beira Interior region. The main goal of this study was to describe the profile and prevalence of the Pain in a population with more that 65 years old Institutionalized in the North of Beira Interior region using the International Classification of Functioning, Disability and Health.

The population ageing is present in the current society and with it comes the search for institution that can accommodate and address the needs of the elderly. In other hand comes to all the difficulties and morbidities associated to this population, being the pain, one of the most frequently complains among the elderly and for many times wrongly associated to the aging. With this it's necessary to characterize the concerned population using universal and standardized tools, to better comprehend his characteristics and needs.

The study was performed in nine institutions of North Beira Interior region, where 237 users participate and to whom were applied three questionnaires, the sociodemographic questionnaire to collect demographic information, the Brief Pain Inventory for characterization the profile and prevalence of the pain and the questionnaire neuropathic pain in four issues to complement the characterization of pain. The obtained results showed a high prevalence of the pain among the institutionalized elderly (72,2%). The pain is essentially localized (94,4%) with most incidence in the torso (31,8%). The intensity of the pain felt in the most of the cases was light and the main characteristics and symptoms associated to it were electric shocks (43,7%) and stings (58,6%). The factor associated to the relief of the pain was lie down and rest, and the pain became worst with movement and emotional factors. The main form of pain control was found to be pharmacological (64,7%), however there is a high frequency of elderly who don't use any form of pain control, despite the fact they deal with it daily. Therefore it is necessary to raise the awareness of patients and caregivers about the problem of the pain as well as implement strategies that aim it's control in the concerned population.

The chapter 2 it's the result of a professional experience in community pharmacy through a curricular internship. This chapter refers to the role and importance of the pharmacist in the community, as well as the main activities developed and observed during the internship, from the rules needed for the operation of the pharmacy, passing through the medicine circuit and pharmaceutical management to dispensing of drugs and pharmacist advice.

## Keywords

Older residents of nursing homes; Elderly; Pain; Pain profile; Pain prevalence; International Classification of Functioning; ICF; Pain killers; Beira Interior

# Índice

Capítulo 1 - Perfil e prevalência da Dor de uma população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte.....	1
1 Introdução.....	1
1.1 Enquadramento do problema.....	1
2 Estado da arte.....	3
2.1 Envelhecimento populacional.....	3
2.2 Dor.....	4
2.2.1 Mecanismos e Vias da dor.....	4
2.2.2 Perceção da Dor.....	6
2.2.3 Classificação da Dor.....	8
2.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	10
3 Objetivos.....	13
3.1 Objetivos gerais.....	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4 Materiais e Métodos.....	15
4.1 Tipo de estudo e Amostra.....	15
4.2 Instrumentos de Investigação e Método.....	15
4.3 Análise de dados.....	16
4.4 Aspetos Éticos.....	17
5 Resultados.....	19
5.1 Caracterização Sociodemográfica.....	19
5.2 Perfil da Dor.....	19
5.3 Fatores associados à dor.....	22
5.4 Controlo da dor.....	22
5.4.1 Terapêutica não-farmacológica.....	22
5.4.2 Terapêutica farmacológica.....	23
6 Discussão.....	25
7 Estratégias de controlo da dor.....	31
8 Conclusão.....	35
9 Bibliografia.....	37
Capítulo 2 - Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária.....	41
1 Introdução.....	41
2 Enquadramento da Farmácia Higiênica.....	43
2.1 Espaço físico.....	43
2.1.1 Caracterização do espaço exterior.....	43
2.1.2 Caracterização do espaço interior.....	43
2.2 Recursos Humanos.....	46

2.2.1	Formação da Equipa .....	47
2.3	Sistema Informático.....	48
2.4	Caracterização dos utentes da FH.....	48
3	Gestão na farmácia - Medicamentos e Outros produtos de saúde.....	49
3.1	Realização de encomendas .....	49
3.2	Receção, verificação e marcação de preços.....	50
3.3	Controlo registo e faturação de psicotrópicos e estupefacientes.....	52
3.4	Devoluções.....	53
3.5	Armazenamento .....	54
3.6	Controlo do prazo de validade e stocks .....	55
4	Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento .....	57
5	Dispensa de medicamentos.....	59
5.1	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica .....	59
5.1.1	Projeto-Piloto TARV (Terapêutica Anti-Retrovírica) .....	62
5.2	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.....	63
6	Dispensa e Aconselhamento de outros Produtos de Saúde .....	65
6.1	Dermocosmética e Higiene Corporal .....	65
6.2	Suplementos alimentares .....	66
6.3	Fitoterapia e produtos homeopáticos.....	66
6.4	Puericultura .....	67
6.5	Dispositivos Médicos.....	68
6.6	Medicamentos de Uso Veterinário .....	69
7	Preparação de medicamentos Manipulados .....	71
8	Serviços Prestados na FH .....	73
9	VALORMED.....	75
10	Farmacovigilância.....	77
11	Gestão e Contabilidade .....	79
12	Processamento do Receituário.....	81
12.1	Verificação do receituário .....	81
12.2	Faturação do Receituário .....	82
12.3	Processamento do receituário devolvido.....	82
13	Conclusão.....	85
14	Bibliografia .....	87
	Anexos I.....	89
	Anexos II.....	97
	Anexos III .....	99
	Anexos IV .....	101
	Anexos V.....	117
	Anexos VI.....	135

# Lista de Figuras

Figura 1 - Vias primárias da dor (adaptado de (12)).	8
Figura 2 - Frequência de dor na sua máxima intensidade (n = 170).	20
Figura 3 - Frequência de dor, na sua intensidade mínima (n = 170) e média (n = 167).	20
Figura 4 - Frequência relativa dos tratamentos não farmacológicos utilizados no controlo da dor.	23
Figura 5 - Frequência relativa dos fármacos utilizados para o controlo da dor.	23
Figura 6 - Categorização dos fármacos utilizados no tratamento da dor em classes farmacológicas (AINE's - Anti-Inflamatórios Não Esteroides).	24
Figura 7 - Frequência relativa das categorias farmacológicas utilizadas no tratamento e alívio da dor.	24



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características da Dor Aguda versus Dor Crônica (adaptado de (12)).....	9
Tabela 2 - Interferência funcional da dor nas diferentes atividades diárias. ....	21
Tabela 3 - Análise descritiva das perguntas do questionário DN4.....	22
Tabela 4 - Avaliação da dor em idosos institucionalizados (adaptado de DGS, Orientação 015/2010 (22)). ....	32





# Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AINE's	Anti-Inflamatórios Não Esteróides
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BA	Boletim de Análise
CC	Cartão de Cidadão
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
CNP	Código Nacional do Produto
DCI	Denominação Internacional Comum
DGAV	Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DN4	Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões
EFIC	European Federation of IASP Chapters
FGP	Formulário Galénico Português
FH	Farmácia Higiénica
FI	Folheto Informativo
GI	Gastrointestinal
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i>
IASP	International Association for the Study of Pain
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INR	Razão Normalizada Internacional
IPSS	Instituição Portuguesa de Solidariedade Social
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MUV	Medicamento de Uso Veterinário
NRM	<i>Nucleus Raphe Magnus</i>
NT	Neurotransmissor
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RCM	Resumo das Características do Medicamento
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAG	<i>Periaqueductal Gray Matter</i>
SI	Córtex Somatossensorial Primário
SIF2000	Sifarma 2000
SII	Córtex Somatossensorial Secundário
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TARV	Terapêutica Anti-Retrovírica
TG	Triglicéridos
X <sup>2</sup>	Qui-quadrado



# Capítulo 1 - Perfil e prevalência da Dor de uma população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte.

## 1 Introdução

### 1.1 Enquadramento do problema

O envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida é uma situação que cada vez mais se tem vindo a agravar na sociedade atual. Projeções divulgadas pelas entidades nacionais e internacionais sugerem que o envelhecimento demográfico irá continuar a acentuar-se no futuro. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que em 2050 as pessoas com mais de 60 anos irão constituir 20% da população mundial ultrapassando assim a população de jovens com idade inferior a 15 anos. (1,2)

Torna-se pois cada vez mais necessário um investimento no estudo da população idosa de forma a melhor compreender as suas necessidades. (2) Com o aumento de população idosa aumenta também a procura por instituições que possam acolher, proteger e cuidar das suas necessidades, entre as quais se encontram as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). (2,30)

Idosos institucionalizados apresentam muitas morbilidades e manifestam uma elevada incidência de dor. (2) Em 2007 foi realizado um estudo descritivo em Espanha sobre a presença de dor na população geriátrica institucionalizada. Os principais tipos de dor identificados foram a dor nociceptiva e dor somática relacionadas com doença osteoarticular. Houve uma elevada percentagem de doentes cuja dor era diária e uma percentagem significativa cuja intensidade era severa. (3) Outros estudos apontam que a intensidade da dor crónica é mais severa quando associada a componentes neuropáticos. (4) No Brasil, em 2014 foi publicado outro estudo com o mesmo objetivo e acrescido da identificação dos fatores sociodemográficos associados á dor crónica na população idosa institucionalizada. Foram avaliadas variáveis clínicas e sociodemográficas dos idosos e aspetos relacionados com dor, tendo-se concluído que idosos institucionalizados possuíam elevada prevalência de dor crónica, principalmente em membros inferiores, não tendo sido identificado nenhum fator melhora ou piora da dor e o tratamento de primeira escolha foi o farmacológico. A idade foi o principal fator diretamente associado à presença de dor. (2) Outro estudo realizado no Japão

apurou que o tempo de permanência na instituição estava diretamente relacionado com a presença de dor nos residentes, bem como a presença de lesões ou comorbidades prévias (4,5) foi ainda observado que aproximadamente metade dos institucionalizados tinha dor quando se movimentava ou quando eram movimentados. (5)

Dado o número significativo e crescente de população idosa surge a necessidade de caracterizar o perfil desta população de modo a determinar quais os seus principais problemas e procurar estratégias que visem a melhoria da sua qualidade de vida.

## 2 Estado da arte

### 2.1 Envelhecimento populacional

Durante o último século, o desenvolvimento da farmacologia e da medicina permitiram um aumento da esperança média de vida, com naturais consequências para o número de idosos na população, um fenómeno à escala mundial, com forte tendência de agravamento desde há algumas décadas a nível europeu. (1) Dados mais recentes em Portugal da PORDATA referem que os idosos compõem 20,1% do total da população Portuguesa (correspondentes a mais de dois milhões de cidadãos). (31) Sendo que nos territórios da Covilhã e Guarda este número está ainda ligeiramente acima da média Nacional, no ano de 2014 a percentagem de população com mais de 65 anos na Covilhã era de 24,8% e na Guarda de 21,4%. (32)

Dado o aumento da esperança média de vida que se traduz no número significativo e crescente de população idosa e conseqüente aumento da cronicidade e problemas de incapacidade verificados nas últimas décadas, surge a necessidade de caracterizar o perfil desta população de modo a determinar quais os seus principais problemas e procurar estratégias que visem a melhoria da sua qualidade de vida, uma vez que este envelhecimento populacional vai trazer repercussões a nível mundial na sustentabilidade económica social e demográfica o que exigirá mudanças profundas ao nível do planeamento em saúde pública. (6)

A institucionalização do idoso, geralmente ocorre em situações que este se torna dependente e surge a necessidade de ser auxiliado por família e/ou terceiros, que nem sempre possuem recursos estruturais e socioeconómicos para poder assistir às suas necessidades da melhor maneira. (2) Especialmente, vem muitas vezes associada a uma conotação negativa e é uma experiência de adaptação difícil para muitos idosos, pois representa uma alteração do ambiente normal, o que pode levar a uma redução da socialização com a família e comunidade, à diminuição das atividades diárias normais e atividade física e ao aumento da solidão. (7)

Muitos idosos institucionalizados expressam sentimentos de infelicidade, solidão e depressão aliados ao sentimento de culpa por já não conseguirem realizar as suas tarefas diárias e ficarem dependentes de terceiros para a realização de algumas das necessidades mais básicas. Esta perda de controlo na própria rotina aliada aos sentimentos negativos bem com a falta de privacidade podem trazer uma diminuição significativa na qualidade de vida dos idosos. (7)

Para além das barreiras psicológicas que os idosos enfrentam aquando da institucionalização é sabido que os idosos sofrem de muitas outras patologias crónicas relacionadas com a idade, em que a dor é um sintoma comum, principalmente em patologias como a osteoporose ou artrite, doenças arteriais periféricas, entre outras. A dor acarreta efeitos nefastos como a

diminuição nas atividades/tarefas diárias e diminuição da qualidade de vida. Quanto maior a intensidade da dor maiores são as limitações existentes, que por sua vez leva ao aumento dos custos em saúde, devido ao aumento de cuidados necessários. (8)

## **2.2 Dor**

A dor continua a ser uma das principais causas da procura de profissionais de saúde pela população em geral, (8-11,33) e uma das queixas mais associadas à população idosa, já que a idade é um fator associado à presença de dor, e a dor está associada ao próprio processo de envelhecimento. (3,8)

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.(4,9,34) A dor envolve estruturas anatómicas, mecanismos fisiológicos, fatores psicológicos, sociais, culturais e cognitivos. (11,12)

### **2.2.1 Mecanismos e Vias da dor**

A dor resulta da ativação de nociceptores, recetores presentes nas terminações dos neurónios aferentes primários, ou da lesão ou disfunção desses nociceptores ou do sistema nervoso central (SNC). (9,12) A ativação destes recetores é feita através de estímulos nociceptivos, que são definidos como estímulos de grande intensidade que possuem potencial de dano tecidual. Estes estímulos são transmitidos pelo sistema nervoso periférico (SNP) até ao SNC onde são interpretados como dor. (12,13) A dor provocada por estimulação dos nociceptores designa-se por dor nociceptiva, enquanto a dor resultante de uma disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico é designada como dor neuropática. (9)

Os mecanismos pelos quais a dor é gerada são numerosos e complexos. As vias de integração da dor são compostas por neurónios aferentes primários, interneurónios e neurónios de projeção. Os neurónios aferentes primários detetam através das suas terminações nervosas livres, estímulos que ameacem a integridade dos tecidos e estão distribuídos na pele, polpa dentária, meninges, perióstio e alguns órgãos. (9,12,13) Os interneurónios estão localizados na medula espinhal e processam a informação de dor. Os neurónios espinhais de projeção, projetam a informação nociceptiva para o tálamo e córtex somatossensorial onde a dor é integrada e modulada de acordo com a experiência subjetiva do indivíduo ao estímulo da dor. (12) Os nociceptores, são ativados através de vários tipos de estímulos, eles podem ser mecânicos, como pressão ou um corte na pele, térmicos, quando a temperatura atinge cerca de 10°C acima ou abaixo da temperatura corporal, ou químicos. (9,12,13) Os estímulos químicos podem ser de dois tipos: exógenos ou irritantes como a capsaicina ou o formol, e os endógenos provenientes de inflamação, isquémia ou trauma. (9,12) A principal função dos nociceptores é transformar a energia proveniente destes estímulos em impulsos nervosos

(potenciais de ação) e conduzi-los até à medula espinhal. Os potenciais de ação nociceptivos são transmitidos através de dois tipos de fibras nervosas aferentes: fibras mielinizadas A $\delta$  e fibras C não mielinizadas. (12)

As fibras A $\delta$  são fibras de maior dimensão e apresentam velocidades de condução consideravelmente maiores. (12) Associadas à dor imediata, provocada geralmente por estímulos mecânicos ou térmicos, esta é seguida por uma dor mais difusa provocada pela ativação das Fibras C não mielinizadas, que são as fibras nervosa periféricas de menor dimensão/diâmetro. (9,12) A dor transmitida por estas fibras é descrita como dor de “ondas lentas” porque tem um início mais lento no início, mas tem uma longa duração, é tipicamente provocada por estímulos químicos (que surgem, por exemplo, de uma inflamação) ou estímulos mecânicos ou térmicos persistentes. (12)

Sempre que haja uma lesão tecidual que provoque um estímulo nociceptivo são libertadas substâncias químicas e neurotransmissores (NT) que podem ativar os nociceptores ou modular a libertação de outras substâncias. (9) Os NT que vão ativar os nociceptores são chamados NT excitatórios, sendo o glutamato o principal NT excitatório. (9,12)

Além de ativarem os nociceptores muitas destas substâncias têm uma ação substancial para desencadear hiperalgesia primária, associada à lesão do tecido. A hiperalgesia primária ocorre na zona da lesão, e manifesta-se pelo aumento da sensibilidade a qualquer estímulo, e dor espontânea. (9,13) A hiperalgesia secundária é um fenómeno que ocorre através de mecanismos de sensibilização que ocorrem no corno dorsal da medula espinhal. A sensibilização provoca uma redução do limiar de ativação dos nociceptores, que vão responder a estímulos de baixa intensidade, alguns nociceptores podem até apresentar atividade espontânea, sem qualquer estimulação, esta é uma característica comum dos estados inflamatórios. (9,13,14) Alguns NT podem difundir-se a alguma distancia, pois não são inativados pelos mecanismos de recaptação na fenda sináptica, se estes NT forem libertados em grandes quantidades ou por períodos de tempo prolongados, pode levar a hiperalgesia secundária, na dor persistente isto pode ajudar a explicar a grande sensibilidade e a dor difusa sentida em muitas condições dolorosas. (12) Os nociceptores podem ainda apresentar alterações fenotípicas que facilitem a transmissão do impulso, esta é uma característica observada frequentemente nas neuropatias periféricas. (9,14) Tanto a hiperalgesia primária como a secundária estão associadas a alodínia. A alodínia é a percepção de dor quando o estímulo que lhe deu origem é inócuo. (9,13,14)

Distinguir os fenómenos de sensibilização central que ocorrem após o estímulo nociceptivo, mas que estão exclusivamente dependentes deste e terminam após o fim da estimulação não induzindo qualquer tipo de alteração na capacidade funcional dos neurónios, dos fenómenos de sensibilização central que perduram para além do período de estimulação e se tornam praticamente independentes desta, é importantíssimo. Pois enquanto os primeiros têm uma

função protetora ao facilitar o aparecimento de respostas que promovem o afastamento do estímulo nódico, os segundos não têm qualquer finalidade fisiológica, muito pelo contrário, dor que perdura para além do estímulo que lhe deu origem torna-se numa dor crónica, uma dor patológica. (9,13)

Na medula espinhal os neurónios aferentes primários transmitem a informação de dor da periferia por sinapse com os interneurónios, estes modulam essa informação para os neurónios espinhais de projeção que levam a informação para o tálamo e córtex somatossensorial onde é codificada a intensidade e localização da dor. (9) A transmissão dos impulsos entre os neurónios nociceptivos e os neurónios do corno dorsal é feita através da libertação de NT nas terminações nervosas, alguns destes NT são aminoácidos como o glutamato, outros são derivados de aminoácidos por exemplo a noradrenalina ou ainda péptidos de baixo peso molecular, como a substância P. (12) O corno dorsal da medula e o núcleo espinhal do nervo trigémio constituem a área sensitiva primária, aqui terminam os prolongamentos dos neurónios aferentes primários e também as fibras provenientes de dos centros de modulação da informação sensitiva superiores. (9) Após entrar na medula espinhal, as fibras nervosas bifurcam-se em ramos ascendentes e descendentes sobem ou descem um ou dois segmentos antes da sinapse com os neurónios do corno dorsal. Por último os impulsos ascendem pelas vias neospinalâmicas e paleospinalâmicas até às zonas superiores nomeadamente o tronco cerebral e tálamo. (9,12) A via neospinalâmica está associada ao impulso de dor aguda e imediata é composta por fibras condutoras rápidas que fazem a transmissão até ao tálamo, a partir do tálamo a transmissão continua até ao córtex somatossensorial onde vai fornecer a localização exata da dor. (12) O trato paleospinalâmico é uma via condutora mais lenta relacionada com a dor crónica e visceral, é constituído pelas fibras C não mielinizadas que terminam em várias regiões do tálamo a partir do qual se projetam para o sistema límbico onde os aspetos emocionais da dor são experienciados. (12)

### **2.2.2 Perceção da Dor**

A perceção básica da dor ocorre ao nível do tálamo. No trato neospinalâmico, as conexões entre o tálamo e o córtex somatossensorial primário (SI) são necessárias para haver precisão e discriminação do tipo de dor. Áreas do córtex somatossensorial secundário (SII) são essenciais para determinar o significado da experiência dolorosa. Por exemplo, uma pessoa é picada no dedo indicador por uma abelha se apenas o tálamo é funcional, a pessoa sente a dor algures na mão. Com o SI funcional, a pessoa pode localizar a dor na área precisa sobre o dedo indicador. Com o SII, a pessoa pode interpretar o zumbido e a observação da abelha que precedeu a dor como estando relacionada com a picada de abelha. (9,12)

Para além de serem ativadas as estruturas responsáveis pelos componentes da dor, existem vias neuroanatômicas que surgem no mesencéfalo e no tronco cerebral que descem para a



medula espinhal, onde vão modular (inibir ou facilitar) os impulsos ascendentes de dor. (9,12) A inibição da transmissão nociceptiva é feita através da ativação dos interneurónios inibitórios que vão inibir a transmissão da informação nociceptiva quer atuando diretamente sobre os neurónios de projeção quer sobre os terminais dos nociceptores. Os interneurónios inibitórios podem classificar-se de acordo com o NT que possuem em GABAérgicos, opioidérgicos, colinérgicos ou glicinérgicos. (9) A facilitação do impulso doloroso é feita por interneurónios excitatórios que possuem fundamentalmente glutamato. (9,12)

Convém notar que a excitação de um neurónio espinhal pode resultar na inibição do estímulo nociceptivo se o neurónio excitado for um interneurónio inibitório, por outro lado a inibição de um interneurónio inibitório vai levar a facilitação da transmissão do estímulo. (9)

Uma das vias de modulação descendente começa numa área do mesencéfalo chamada substância cinzenta periaqueductal (PAG do inglês *periaqueductal gray matter*). A estimulação focal das regiões PAG do mesencéfalo produzem um estado de analgesia - modulação inibitória, os núcleos mesenfálicos para além de participarem na modulação descendente também participam na integração das respostas cardiovasculares, autonómicas e motivacionais relacionadas com o estímulo nociceptivo. (9,12,13) Alguns anos mais tarde foi descoberto que os recetores opióides se encontravam altamente concentrados nesta e noutras regiões do SNC que se forem sujeitos a estimulação elétrica produzem analgesia. Devido a estas descobertas podemos dizer que a área PAG no mesencéfalo é o centro endógeno de analgesia. Esta região está intimamente ligada com o sistema límbico que processa as emoções. (12)

Os neurónios da área PAG têm axónios que descem para uma área chamada grande núcleo do rafe (NRM do inglês *nucleus raphe magnus*) na espinhal medula. Os axónios destes neurónios são projetados para o corno dorsal, onde terminam nas mesmas camadas onde entram os neurónios aferentes primários. A estimulação do NRM tem uma ação bifásica na modulação da dor, com o aumento da intensidade de estimulação local existe uma passagem de efeitos hiperalgésicos para efeitos analgésicos. (9,12)

Os neurónios noradrenérgicos também podem inibir a transmissão de impulso de dor ao nível da medula espinhal. (12)

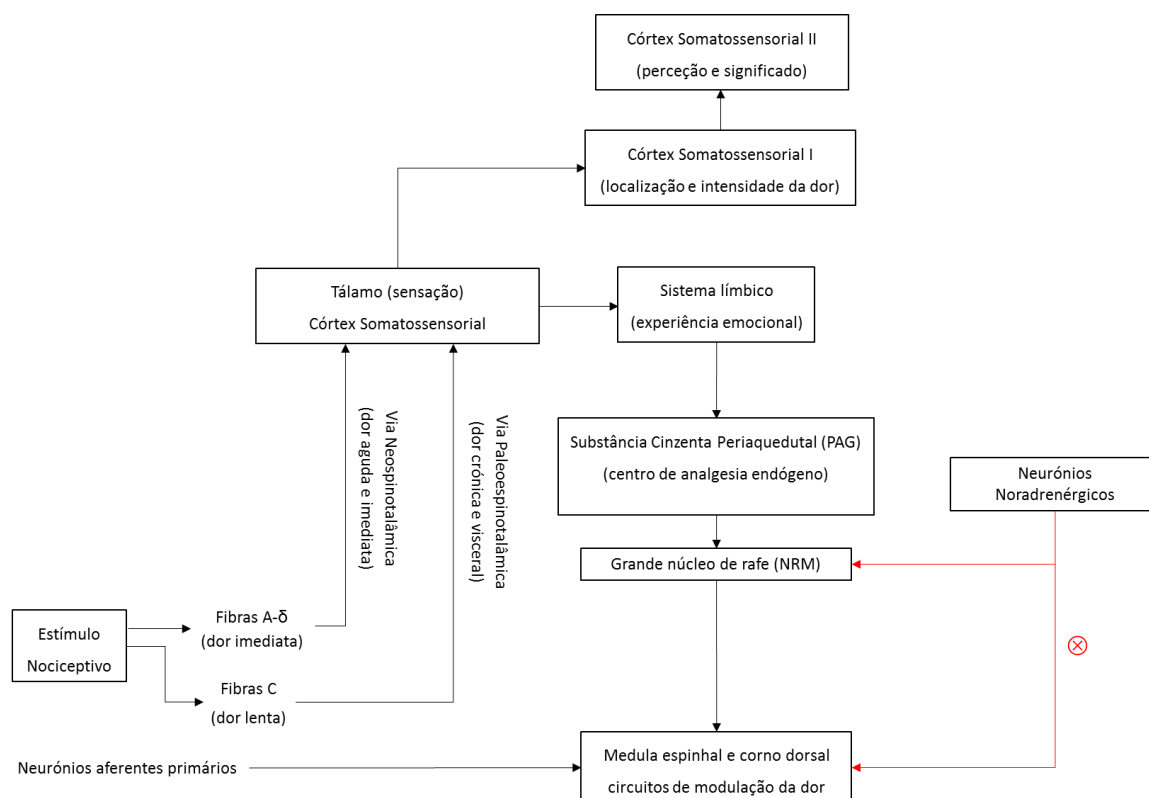


Figura 1 - Vias primárias da dor (adaptado de (12)).

### 2.2.3 Classificação da Dor

A classificação da dor é feita de acordo com a sua proveniência ou localização e duração (Aguda ou crónica). (12)

A dor aguda é uma dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo, tem a função de alerta que avisa da ocorrência de eventos traumáticos para o organismo. É um sintoma muito importante para o diagnóstico de várias doenças, sendo a principal causa de procura de cuidados de saúde pela população em geral. (10,33) No entanto, embora a dor aguda seja útil em muitas circunstâncias, esta deve ser combatida de forma a não se perpetuar e a não se tornar numa dor crónica. (33) A dor aguda é por definição a dor que dura menos de 6 meses, no entanto esta definição não está completamente correta, pois, o tempo torna-se algo subjetivo neste campo. A dor aguda é resultante de um evento onde há dano tecidual e normalmente termina quando há restauração da função que o dano provocou, portanto, a duração da dor aguda está restringida ao tempo de cicatrização/reparação da lesão que lhe deu origem. (11,12) A função da dor aguda é uma função adaptativa que funciona como alerta e facilita o aparecimento de respostas reflexas e protetoras que visam o afastamento do estímulo que lhes deu origem, impedindo assim o agravamento de lesões. (9,11-13) O tratamento inadequado da dor aguda pode resultar em alterações fisiológicas que podem levar a perpetuação da sensação dolorosa transformando-a numa dor crónica. (12,33)

A dor crónica é geralmente definida como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente, assim não tem qualquer função fisiológica ou vantagem para o doente, pelo contrário, para além do sofrimento que causa, tem repercussões na saúde física e mental do indivíduo, designadamente alterações cognitivas, perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, marcada interferência funcional, e diminuição significativa da qualidade de vida. (2,7,9-12,33)

No campo da saúde mental, a dor crónica provoca frequentemente insónias, ansiedade, depressão, podendo mesmo levar ao suicídio, portanto considera-se atualmente a dor crónica não como um mero sintoma, mas como uma doença por si só e um grave problema de saúde pública, com enormes repercussões sobre o indivíduo e sociedade pelo sofrimento e custos socioeconómicos que lhe estão associados, conforme reconhecido pela European Federation of IASP Chapters (EFIC) em 2001. (8,10,11,33)

Tabela 1 - Características da Dor Aguda versus Dor Crónica (adaptado de (12)).

<b>Características</b>	<b>Dor Aguda</b>	<b>Dor Crónica</b>
<b>Início</b>	Recente	Continua ou Intermitente
<b>Duração</b>	Curta duração (<6 meses)	6 meses ou mais
<b>Respostas Autonómicas</b>	Resposta “luta ou fuga” Aumento dos batimentos cardíacos Aumento da pressão sanguínea Dilatação das pupilas Contração muscular Aumento da tensão muscular Diminuição do fluxo salivar	Ausência de respostas autonómica
<b>Componente Psicológico</b>	Ansiedade	Irritabilidade Depressão
<b>Outros tipos de resposta</b>		Diminuição do sono Diminuição da libido Alterações de apetite

A localização, irradiação, duração e severidade da dor podem fornecer indícios importantes sobre a sua causa. (9)

Quando existem lesões que afetam os nervos periféricos ou lesões a nível central na medula espinhal que provocam estímulos dolorosos estamos na presença de dor neuropática, esta pode ser de origem periférica quando estão afetados diretamente os nervos periféricos ou de origem central quando ocorre uma lesão medular (isquémica, traumática ou degenerativa). Este tipo de lesões acompanha muitas doenças como a diabetes mellitus, doença de Parkinson a esclerose múltipla ou podem ser provocadas por lesões isquémicas em consequência de acidentes vasculares cerebrais (AVC). (9,12-14)

Como instrumento para fazer a avaliação e classificação da dor nos idosos institucionalizados, vai ser utilizada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

### **2.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) faz parte da família das classificações Internacionais desenvolvida pela OMS em 2001, sendo o objetivo principal fornecer uma linguagem padronizada e unificada e que sirva de referência na descrição da saúde e estados relacionados. (6,15,16) A CIF abrange todos os aspetos da saúde humana e aspetos relacionados com o bem-estar, servindo como enquadramento para organizar esta informação, estruturando-a de maneira integrada e facilmente acessível. A CIF compreende duas grandes partes, 1- Funções e Incapacidade, e 2- Fatores contextuais, cada parte compreende dois componentes. A parte 1 inclui os componentes funções e estruturas do corpo, e atividades e participação, a parte 2 inclui os fatores ambientais e fatores pessoais, os fatores pessoais não estão classificados na CIF uma vez que apresentam uma grande variação cultural e social associada. As categorias da CIF estão organizadas de maneira a que as categorias mais amplas incluam as subcategorias mais detalhadas. (6,15,17)

Os componentes da Funcionalidade e Incapacidade podem ser utilizados por um lado para indicar problemas - Incapacidade, ou por outro lado podem indicar aspetos neutros - Funcionalidade. Para se fazer a classificação da funcionalidade/incapacidade são utilizados qualificadores, assim as funções e estruturas do corpo são classificadas através das alterações dos sistemas fisiológicos ou das alterações nas estruturas anatómicas. Relativamente as Atividades e Participação são classificadas através dos qualificadores capacidade e desempenho. Cada componente pode ser expresso em pontos positivos ou negativos. (15,18)

Os aspetos positivos são a integridade funcional que permite manter as normais atividades e participação resultando em Funcionalidade enquanto que os aspetos negativos são a deficiência - problemas nas funções do corpo, por exemplo uma função que não esteja a ser executada corretamente que levam a limitação da atividade e restrição da participação o que resulta em Incapacidade. (15)

A funcionalidade em qualquer domínio provém de uma interação complexa e dinâmica entre a condição de saúde e os fatores contextuais, pelo que se torna necessário a recolha de informações sobre estes constructos de forma independente, para posteriormente se poder inferir as quais as ligações, associações e relações causais entre eles.

Neste estudo vamos considerar 2 fatores contextuais, um fator ambiental - a institucionalização e um fator pessoal - a idade, e estes apenas serão relacionados com um componente da CIF - Funções e Estruturas do corpo.

De acordo com as várias vertentes em que esta ferramenta pode ser utilizada torna-se num instrumento singular que possibilita a identificação do perfil de funcionalidade em toda a comunidade. (6,15,18) A identificação do estado funcional de uma população vem facilitar a definição das políticas corretas de acordo com as necessidades presentes, e diminuição do desperdício de recursos. (6) É, portanto uma mais valia para o desenvolvimento e monitorização dos Índices de Saúde, com consequentes ganhos ao nível da saúde e economia. (6)

Classificar a funcionalidade, permite obter uma imagem do estado de saúde e bem-estar dos indivíduos, possibilita aos profissionais de saúde obter uma imagem completa dos seus doentes, e às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações. A medição do estado de saúde necessita do uso de indicadores de saúde, indicadores que reflitam os níveis de bem-estar físico, psicológico e social, são também estes indicadores que vão permitir a comparação das diferenças no estado de saúde, predição de cuidados e necessidades e avaliação de resultados das políticas instituídas. (6)

No entanto muitos dos indicadores usados não são por vezes os mais adequados para a medição do estado de saúde, pois não apresentam sensibilidade para as alterações constantes nos padrões de saúde e doença, bem como para os padrões demográficos que os acompanham. (6)

Assim definições da CIF contêm pontos de referencia que podem facilmente ser usados em questionários para efetuar uma avaliação da Funcionalidade/Incapacidade da qual os resultados podem depois ser codificados em termos de CIF, por exemplo a dor é definida em termos da sua localização e estruturas afetadas, então a sua intensidade pode, de acordo com a CIF ser codificada em quatro níveis: leve, moderada, grave ou completa/total. Podem ainda ser aplicada a codificação de “não especificado” ou “não aplicável”. (15)

Assim a CIF torna-se numa ferramenta importantíssima para a obtenção de uma classificação uniforme que permite estabelecer um mecanismo de comunicação entre profissionais de saúde a partir de uma linguagem só que possibilite a identificação dos impactos das doenças na vida quotidiana dos indivíduos e grupos populacionais. (6,16)

Segundo o estudo português dos autores Carla Pereira, César Fonseca, Ana Escoval e Manuel Lopes (2011) que avaliou os domínios e categorias da CIF na população com mais de 65 anos foram identificadas 252 categorias que caracterizam a funcionalidade desta população, tendo sido que a Dor uma das categorias mais citadas no componente Funções do Corpo. (6).

## **3 Objetivos**

### **3.1 Objetivos gerais**

Descrever o perfil e prevalência da Dor numa população com mais de 65 anos institucionalizada na região da Beira Interior Norte utilizando a ferramenta de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

### **3.2 Objetivos específicos**

1. Descrever as características sociodemográficas de uma população com mais de 65 anos institucionalizada da Beira Interior Norte;
2. Descrever o seu perfil de Dor;
3. Descrever a utilização de fármacos para a Dor;
4. Propor estratégias de controlo da Dor na mesma comunidade.





## **4 Materiais e Métodos**

### **4.1 Tipo de estudo e Amostra**

O presente estudo é do tipo observacional descritivo (transversal) tendo sido realizado em IPSS da região da Beira Interior Norte, especificamente em Lares de Idosos pertencentes aos concelhos de Almeida, Guarda e Sabugal durante o ano de 2016.

Foram selecionados, por conveniência, nove IPSS dos concelhos da Guarda e Sabugal. A amostra foi constituída por todos os utentes das referidas Instituições que aceitaram voluntariamente e assinaram o consentimento informado escrito, que tinham mais de 65 anos e capazes de comunicar.

### **4.2 Instrumentos de Investigação e Método**

A cada participante foram aplicados três questionários (Anexo I):

1. Questionário Sociodemográfico: com o qual se pretendeu obter dados demográficos (regime, género, idade, estado civil e grau de escolaridade).
2. Questionário Resumido da Dor (Formulário Abreviado): com o qual se pretendeu extrair a prevalência e o perfil da dor.
3. Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões (DN4): utilizado para completar o perfil da dor, através da identificação das suas principais características.

Os questionários utilizados na caracterização da dor, Questionário Resumido da Dor e DN4 foram ambos validados em Português por (10).

No Questionário Resumido da Dor, as perguntas que avaliam a severidade da dor em máxima, mínima, média e neste momento e as perguntas que avaliam a interferência funcional da dor nos diferentes aspetos diários, que seriam avaliadas por intermédio da Escala Numérica em 11 pontos de 0 a 10 foram convertidas para a equivalente Escala Qualitativa que faz a avaliação por meio de 5 pontos em nenhuma, leve, moderada, forte e total. A equivalência entre as escalas é a seguinte: 0 - nenhuma; 1,2,3,4 - leve, 5,6 - moderada, 7,8,9 - forte e 10 - total.

Tanto a Escala Numérica como a Escala Qualitativa são duas escalas, que entre outras, estão aprovadas pela Direcção-Geral de Saúde (DGS) na Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003 que define as boas práticas para o registo da intensidade da Dor. (19)

Este questionário dispõe também de um item para a localização da dor através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano. De forma simplificar o processo de análise e dados, as áreas com dor foram agrupadas do seguinte modo:

- Dor Generalizada

- Dor localizada
  - Cabeça e pescoço
  - Tronco
  - Membros
  - Articulações
  - Outras, específicas
  
- ✓ Dor Generalizada - Pelo menos 3 dores localizadas, excetuando, “outras, específicas”, mas com vários pontos de localização diferentes dentro da mesma área.
- ✓ Dor localizada na cabeça e pescoço - Dor localizada em qualquer parte da cabeça e/ou pescoço;
- ✓ Dor localizada no tronco - Dor localizada em qualquer área compreendida pelo tronco - peito, abdómen, costas, excetuando aquelas que são compreendidas pelas articulações;
- ✓ Dor localizada nos membros - Dor localizada em membros superiores e/ou inferiores, excetuando a zona das articulações.
- ✓ Dor localizada nas articulações - Dores localizadas nas principais articulações: coluna, ombros, cotovelos, pulsos, articulações dos dedos das mãos, ancas, joelhos, tornozelos, dedos dos pés.
- ✓ Outras, específicas - Dores localizadas muito específicas que não se enquadram em nenhuma das anteriores, por exemplo “planta dos pés”.

Foram ainda utilizadas informações sobre terapêutica e comorbilidades presentes nos registos clínicos dos inquiridos.

### **4.3 Análise de dados**

O tratamento e análise de dados foram realizados através do software Epi Info™ 7 e Microsoft Office Excel 2016®.

Foi realizada análise descritiva e bivariada dos dados obtidos para poder caracterizar da melhor forma a amostra em estudo.

No que diz respeito à análise descritiva esta foi elaborada através do cálculo de frequências, médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos.

Para a análise bivariada recorreu-se ao teste do Qui-quadrado ( $X^2$ ) para verificar a existência de associações estatisticamente significativas entre variáveis, um valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

## **4.4 Aspetos Éticos**

O estudo em questão foi submetido ao comité de ética da Universidade da Beira Interior e foi feito de acordo com os princípios éticos presentes na Declaração de Helsínquia.

Os responsáveis de cada uma das nove instituições foram devidamente informados sobre o tema e os objetivos da investigação e assim bem como todos os utentes presentes na instituição no momento de realização dos inquéritos. Foi individualmente explicado o conteúdo do projeto a cada utente, reforçando que se trata de uma participação completamente voluntária, aqueles que concordaram em participar no estudo assinaram um consentimento informado escrito (Anexos II e III).

A confidencialidade dos dados de carácter pessoal dos utentes e da própria instituição, foi salvaguardada tendo sido atribuído a cada inquérito um código numérico com o qual foi preenchida a base de dados. A base de dados não permite a identificação de qualquer indivíduo ou Instituição diretamente.



## 5 Resultados

Do total dos 338 utentes das nove IPSS incluídas no estudo, participaram 237 indivíduos (70,11%) que respeitaram os critérios de inclusão.

Dos 101 idosos que não cumpriram os critérios de inclusão, 5 (4,9%) não aceitaram responder ao inquérito, 13 (12,9%) estavam ausentes da instituição nos dias em que foram aplicados os inquéritos e 83 (82,2%) por apresentarem limitações na compreensão das questões e impossibilidade de verbalizar respostas.

### 5.1 Caracterização Sociodemográfica

Dos 237 utentes que participaram no estudo verificou-se que 90,3% encontrava-se em regime de internamento, sendo que os restantes se encontravam em regime de centro de dia (8,9%) e serviço de apoio domiciliário (0,8%).

A população do género feminino é predominante, 74,3%, e a média de idades foi de 85,2 ( $\pm$  6,3) anos, sendo que a pessoa com menos idade tinha 66 anos e a mais velha 101 anos. O “Idoso jovem” (65-74 anos) representou 6,4% da população em estudo o “Idoso Adulto” (75-89 anos) 67,7% e o “Grande Idoso” ( $\geq$  90 anos) 26,0%. (35) A maioria dos idosos é viúvo (63,7%) e 93,5% tem um nível de escolaridade baixo (27,3% não tem escolaridade e 66,2% tem o 1º ciclo).

As 10 patologias mais frequentes na população em estudo foram a hipertensão arterial, seguida da diabetes, dislipidémia, insuficiência cardíaca, AVC, demência, depressão, osteoartrose, doença de Alzheimer e doença de Parkinson.

### 5.2 Perfil da Dor

Dos 237 idosos inquiridos verificou-se que 72,2% sente dor frequentemente. Destes 5,6% referiu sentir uma dor generalizada e 94,4% dor localizada. Dos que apresentam dor localizada, 31,8% apresenta dor no tronco, 23,4% nas articulações, 19,6% nos membros e 16,8 na cabeça e pescoço.

No que diz respeito à duração da dor, 53,2% da população não conseguiu referir temporalmente o seu início. Dos 46,8% que conseguiram, 6,43% referiu que o início da dor ocorreu à menos de 6 meses e 40,4% referiu que a dor teve início num período de tempo superior a 6 meses.

Quando a dor sentida foi a mais intensa (máxima) 45,9% referiu-a como uma dor forte. A frequência de cada tipo de dor quando esta estava na sua máxima intensidade pode ver-se na Figura 2.

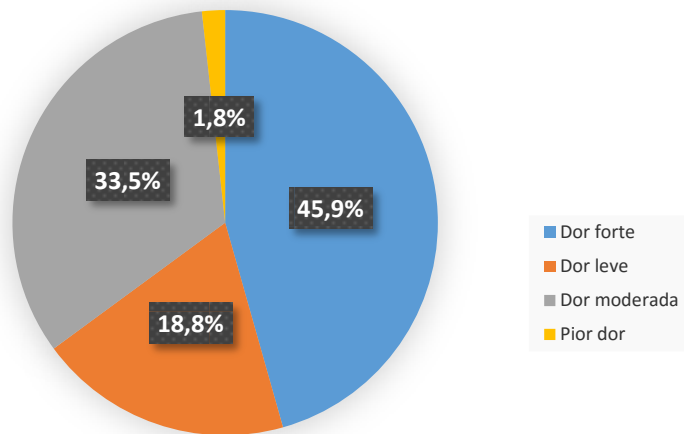


Figura 2 - Frequência de dor na sua máxima intensidade ( $n = 170$ ).

Quando a intensidade da dor era mínima e média, 60,0% e 60,5% respectivamente, referiram a dor sentida como uma dor leve (Figura 3).

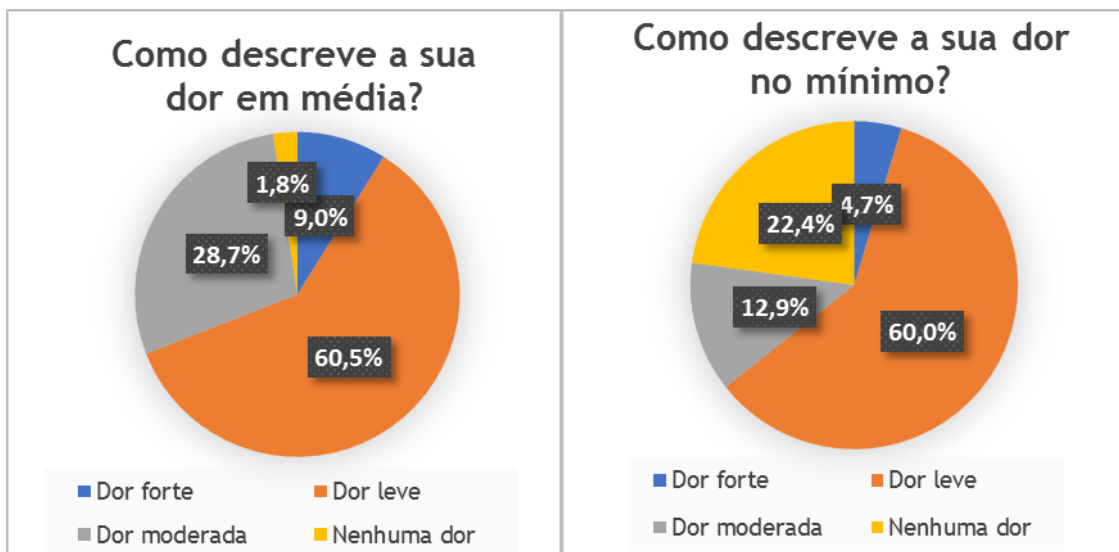


Figura 3 - Frequência de dor, na sua intensidade mínima ( $n = 170$ ) e média ( $n = 167$ ).

No momento da realização do inquérito, 45,3% referiu sentir uma dor leve e 36,3% referiram não estar a sentir nenhuma dor naquele preciso momento.

Apenas 8,1% dos idosos referiu sentir um alívio completo quando utilizaram algum meio para o controlo da dor, 17,1% não conseguiram qualquer alívio das suas dores mesmo após a utilização de medicamentos ou outros tratamentos e 57,5% refere ainda que sente câibras normalmente.

A Tabela 2 descreve a interferência funcional da dor em diferentes atividades diárias, em que a maior parte dos idosos refere que a dor afetou as diferentes atividades de forma leve.

Tabela 2 - Interferência funcional da dor nas diferentes atividades diárias.

Interferência da Dor	Nenhuma	Leve	Moderada	Forte	Completa
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
<b>A. Atividade geral</b> (n = 168)	10,7 (18)	44,6 (75)	20,8 (35)	23,2 (39)	0,6 (1)
<b>B. Disposição</b> (n = 169)	20,1 (34)	63,3 (107)	13,0 (22)	3,0 (5)	0,6 (1)
<b>C. Capacidade para andar a pé</b> (n = 169)	19,5 (33)	38,5 (65)	17,8 (30)	22,5 (38)	1,8 (3)
<b>D. Trabalho normal</b> (n = 165)	7,3 (12)	44,2 (73)	25,5 (42)	22,4 (37)	0,6 (1)
<b>E. Relações com as outras pessoas</b> (n = 168)	28,0 (47)	62,5 (105)	7,7 (13)	1,8 (3)	-
<b>F. Sono</b> (n = 168)	36,3 (61)	45,8 (77)	11,9 (20)	6,0 (10)	-
<b>G. Prazer de viver</b> (n = 150)	21,3 (32)	71,3 (107)	4,7 (7)	2,7 (4)	-

Na Tabela 3 pode observar-se a percentagem de respostas positivas que foi obtida em cada pergunta do questionário DN4. A característica mais sentida da dor, foi dor tipo choque elétrico e o sintoma mais associado à dor foram as picadas. Quanto ao exame do doente apenas 0,6% dos inquiridos evidenciou hipoestesia ao tato e aumento da dor através de fricção leve nos locais onde normalmente sentiam dores.

Tabela 3 - Análise descritiva das perguntas do questionário DN4.

DN4	% sim
<b>1. A dor apresenta uma ou mais, das características seguintes ?</b>	
1 Queimadura	34,1
2 Sensação de frio doloroso	15,4
3 Choques elétricos	43,7
<b>2. Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas ?</b>	
4 Formiguento	41,1
5 Picadas	58,6
6 Dormência	45,8
7 Comichão	29,9
<b>Exame do doente</b>	
<b>3. A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidência:</b>	
8 Hipoestesia ao tato	0,6
9 Hipoestesia à picada	Não aplicado
<b>4. A dor é provocada ou aumentada por:</b>	
10. Fricção leve ( <i>brushing</i> )	0,6

Os principais fatores associados ao alívio da dor foram: deitar (36,4%), repouso (24,5%) e sentar (18,2%). Os principais fatores de piora da dor foram o movimento (31,4%) e fatores emocionais como a irritabilidade (26,0%).

### 5.3 Fatores associados à dor

A mobilidade física e o género foram as únicas variáveis que demonstraram estar relacionadas com a presença de dor, a correlação da mobilidade física com a dor apresentou um valor de  $p=0,007$  e o género apresentou um valor de  $p=0,020$ .

A atividade física, a idade, e regime não apresentaram relações estatisticamente significativas com a presença de dor (valor de  $p>0,05$ ).

### 5.4 Controlo da dor

#### 5.4.1 Terapêutica não-farmacológica

Relativamente aos tratamentos não farmacológicos utilizados no alívio e tratamento da dor 78,5% referiu não fazer qualquer tipo de tratamento para controlar a dor. Dos 21,3% que afirmaram utilizar tratamentos não farmacológicos no controlo da dor o mais referido foi a fisioterapia 72,2% (Figura 4).



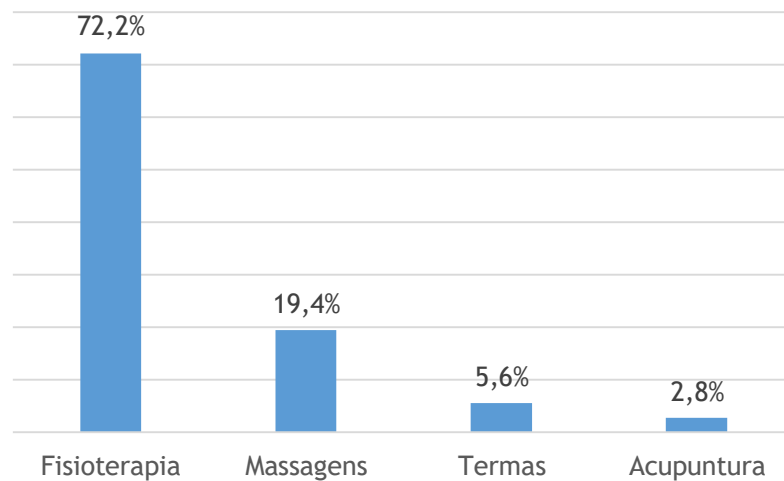


Figura 4 - Frequência relativa dos tratamentos não farmacológicos utilizados no controle da dor.

#### 5.4.2 Terapêutica farmacológica

Na população em estudo 64,8% utiliza fármacos para aliviar a dor, em que que 35,2% apesar de sentir dores regularmente não utiliza nenhum medicamento para no seu controle. Na Figura 5 estão representadas as percentagens relativas dos fármacos utilizados no controle da dor, onde podemos observar que o paracetamol é o fármaco mais frequentemente usado pelos idosos institucionalizados (37,4%).

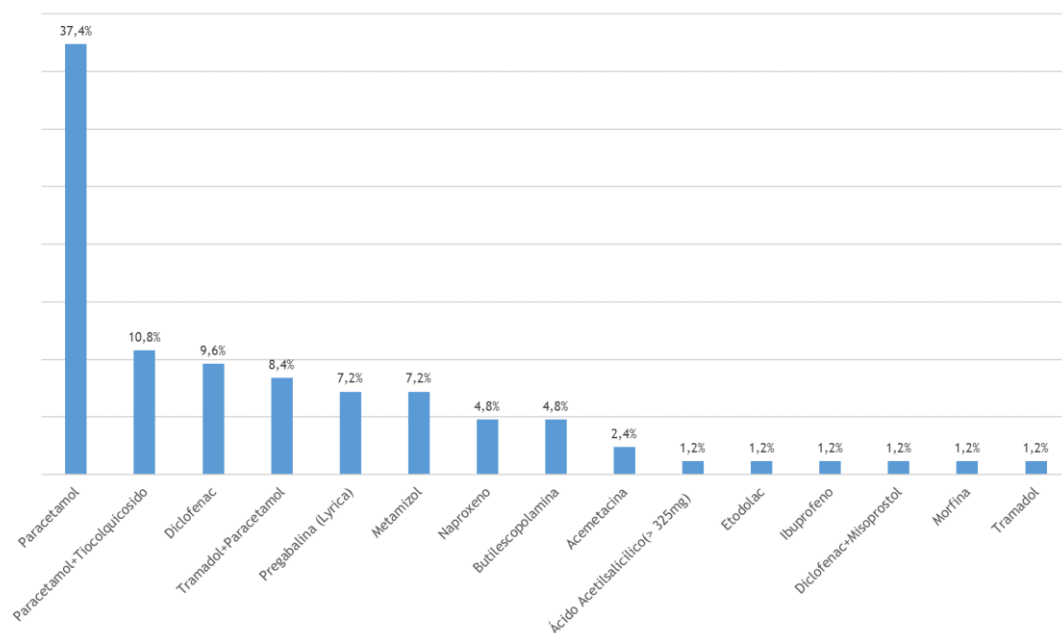


Figura 5 - Frequência relativa dos fármacos utilizados para o controle da dor.

Na Figura 6 está representada a inclusão dos fármacos nas suas categorias farmacológicas e na Figura 7 podemos ver quais as classes farmacológicas utilizadas.

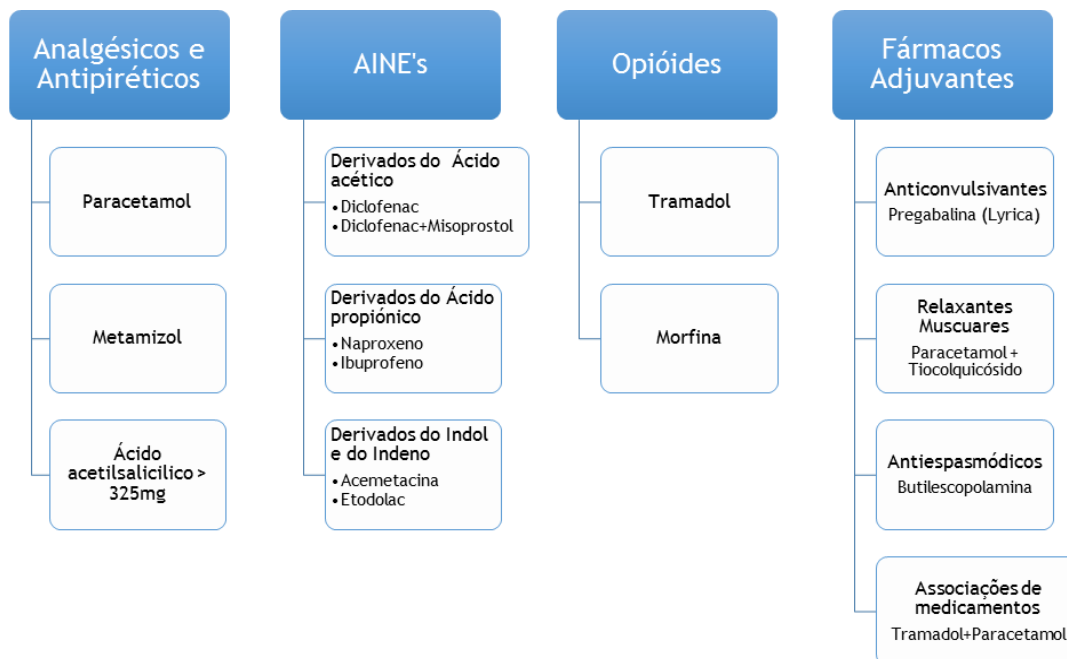


Figura 6 - Categorização dos fármacos utilizados no tratamento da dor em classes farmacológicas (AINE's - Anti-Inflamatórios Não Esteroides).

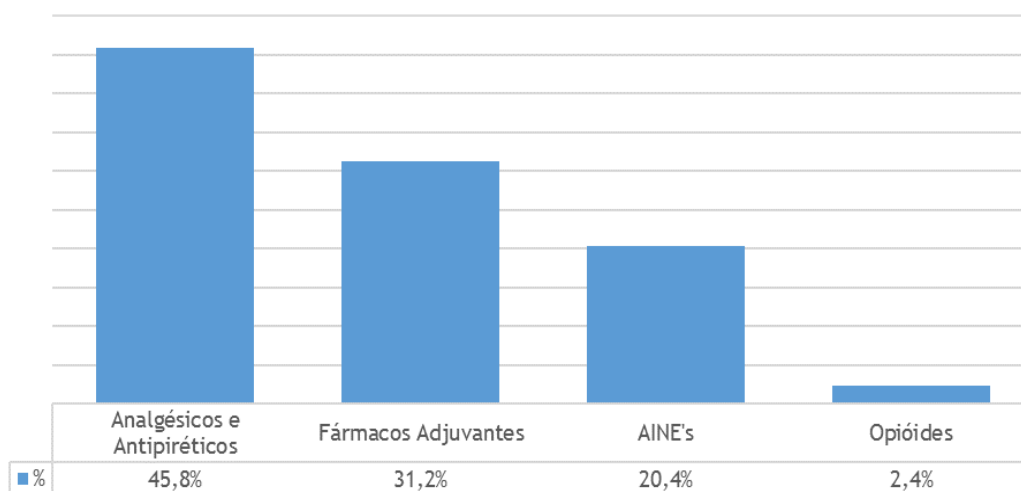


Figura 7 - Frequência relativa das categorias farmacológicas utilizadas no tratamento e alívio da dor.

As frequências absolutas e relativas, bem como os testes estatísticos aplicados, a partir dos quais se apresentam estes resultados encontram-se no Anexo IV.

## 6 Discussão

A população idosa institucionalizada em estudo apresenta características sociodemográficas que vão de encontro do que é referido em outros estudos do género. A população é constituída na sua maioria por utentes do género feminino, com uma média de idades que ronda os 85 anos o que segue a tendência de envelhecimento populacional mundial, sendo que as mulheres apresentam uma maior esperança média de vida. (2,3,5,7,20) A maioria encontra-se viúvo e tinha como grau de escolaridade o primeiro ciclo. (2,20)

A hipertensão arterial foi a patologia mais frequente na população em estudo o que reflete as tendências mundiais. (2,7,21) Pode-se ainda observar nas dez patologias mais frequentes a presença de patologias que se podem relacionar direta ou indiretamente com a dor, como é o caso da osteoartrose, AVC ou diabetes mellitus. (4,8,20)

Neste estudo verificou-se que a dor possui uma elevada prevalência entre idosos institucionalizados da região da Beira Interior Norte (72,2%), valor ligeiramente acima da média do que foi reportado em estudos de outros países como Espanha, Brasil, Japão e Noruega, em que a prevalência de dor entre idosos institucionalizados oscila entre os 41,7% (5) e os 67,9% (7). Em relação aos dados de prevalência da dor reportados pela DGS, a comunidade em estudo encontra-se ligeiramente abaixo, 72,2% versus 83%. (22)

Num estudo realizado no Brasil (2013), verificou-se que a prevalência de dor na população idosa em geral foi significativamente mais baixa 29,7%. (23) Já em Portugal segundo a DGS a dor afeta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade (22). Estas prevalências são significativamente mais baixas quando comparado com as prevalências que observamos na população institucionalizada, (2,3,5,7,20) o que vai de encontro ao que é esperado, uma vez que a população idosa institucionalizada se encontra mais fragilizada, quer fisicamente quer psicologicamente, logo mais vulnerável ao aparecimento de quadros álgicos. (8)

A prevalência de dor generalizada na população em estudo (5,6%) foi inferior aos valores encontrados em outros estudos que apontam uma prevalência de dor generalizada em 8-13% da população. (3,23) A dor localizada em múltiplas partes do corpo teve uma maior frequência, sendo o tronco a localização mais vezes referida pelos idosos, seguida das articulações e membros. O que vai ao encontro do referido em outros estudos que referem os membros inferiores, articulações e zona lombar como as zonas com dor mais frequente. (2,3,5,8,21,23)

Para a maior parte dos idosos a dor teve início num período de tempo superior a 6 meses o que indica a presença de uma dor crónica, sendo que aquilo que foi referido foi uma duração de vários anos. De destacar ainda, que uma percentagem muito significativa (53,2%) dos

inquiridos não conseguiu localizar o início da sua dor temporalmente, o que pode ser um indicio da desorientação e comprometimento cognitivo existente.

Quanto à intensidade da dor esta foi quantificada por intermédio da Escala Qualitativa uma vez que no decorrer dos inquéritos foram sentidas dificuldades na aplicação da Escala Numérica que estava previamente definida nos questionários. Sabemos à priori que existem limitações, como o défice cognitivo dos idosos, barreiras de linguagem (linguagem formal e informal) e grau de escolaridade, pelo que foi necessário adotar medidas para reduzir o viés na recolha de dados. (8,24,25)

Segundo um estudo feito em idosos institucionalizados no Brasil (2012) (25) onde foi feita a correlação entre as duas escalas, Numérica e Qualitativa, foi demonstrado uma correlação positiva quando usadas em idosos com comprometimento cognitivo e baixa escolaridade. O uso da Escala Qualitativa foi o preferido pelos idosos, muito provavelmente pelo facto das palavras através das quais se faz a classificação serem usadas quotidianamente e, portanto, serem familiares para os indivíduos. A principal limitação desta escala prende-se com o significado das próprias palavras, que podem não ter igual significado para todas as pessoas. (25)

A intensidade da dor é definida por intermédio de quatro itens, dor máxima, dor mínima, dor média e dor no momento. (10) A maioria dos idosos classificou a dor como uma dor forte nos momentos de maior intensidade (dor no máximo) e como uma dor leve nos momentos de menor intensidade (dor no mínimo), de média intensidade (dor média) e durante a realização do inquérito (dor no momento). Em comparação com outros estudos, estes apenas referem a intensidade da dor de um modo geral, não a dividindo em dor no máximo, dor no mínimo, dor em média e dor no momento. (7,8). Analisando os resultados obtidos podemos afirmar que a intensidade da dor sentida pelos idosos foi leve na maior parte dos momentos, resultado não concordante com outros estudos em que a dor sentida foi maioritariamente moderada e forte. (7,8,23)

A interferência da dor nas diversas atividades diárias também foi na maior parte das vezes leve o que vai de encontro à intensidade da dor sentida.

Os principais sintomas e características associados à dor referidos pela população em estudo foram picadas, seguidas de dormência e choques elétricos, tal como referido no estudo de Barbosa *et al.* 2014 em que a dor mais relatada foi do tipo picada. (2)

Quanto aos fatores de alívio da dor, os idosos referem maioritariamente os que visam descanso e imobilidade (Deitar, repouso, sentar). Os fatores que contribuíram para a piora da dor foram o movimento, o que se prende com a atividade física, o que em conjunto com a localização mais frequente da dor (tronco e articulações) sugere que a dor sentida pela

grande parte dos idosos é uma dor que afeta o sistema músculo-esquelético. (7,8) O outro fator de piora mais referido foi o emocional, ligado a emoções negativas como a irritabilidade. O estudo de Barbosa *et al.* 2014 que avaliou exatamente os mesmos fatores de melhora e piora, e observou-se que a maior parte dos idosos referiu não haver qualquer fator de melhora ou piora. (2)

A atividade física, a idade, e o regime do idoso institucionalizado não apresentaram relações estatisticamente significativas com a presença de dor. A mobilidade física e o gênero foram as únicas variáveis que demonstraram uma associação estatisticamente significativa com a presença de dor. (8,26) O estudo de Takai *et al.* 2010 relata que utentes do gênero feminino têm mais frequentemente dor. (8) A mobilidade física foi avaliada através da necessidade de ajuda ou não, para a realização de movimentos mais básicos como levantar-se de uma cadeira ou caminhar, verificando-se que cerca de metade (52,3%) dos idosos institucionalizada apresentava a sua mobilidade prejudicada, necessitando de ajuda para a realização de diversas tarefas.

O processo de envelhecimento resulta em alterações nas partes ósseas, nomeadamente da coluna vertebral, pelo que é necessário haver uma estimulação física e motora, como a prática de pequenas atividades físicas, de acordo com a capacidade física de cada utente. Cerca de metade dos utentes (49,4%) referiu não fazer qualquer tipo de prática de exercício físico, o que pode futuramente resultar em mobilidade física prejudicada e imobilidade que está diretamente relacionado com o aparecimento de dor.

A terapêutica não-farmacológica é geralmente isenta de efeitos adversos e pode produzir alívio da dor, mesmo que durante um curto período de tempo. No entanto é necessário que o uso desta seja cauteloso principalmente em situações em que existam outras patologias de base e em doentes polimedicados, o que por regra, é a imagem do idoso institucionalizado. Por exemplo num doente com osteoporose, o exercício ou uma manipulação desajustados pode facilmente levar a uma situação de lesão. O uso de chás e plantas medicinais pode gerar interações com outros fármacos. (22)

Verificou-se que apenas uma pequena parte dos idosos institucionalizados (21,3%) utiliza com alguma frequência tratamentos não farmacológicos para o controlo da dor, isto pode dever-se muitas vezes à própria maneira como a dor é encarada já que a maior parte dos idosos está convencido que a dor é parte do próprio processo de envelhecimento e não procuram estratégias para promover o seu alívio. (8)

Foram apenas referidas quatro medidas não farmacológicas: fisioterapia, massagens, termas e acupuntura, o que também pode dever-se à falta de conhecimento e locais especializados neste tipo de terapêutica, pois a duas mais referidas são aquelas que os utentes conseguem

obter na própria instituição quando estas dispõem de pessoal especializado como um fisioterapeuta, o que nem sempre acontece.

Relativamente à terapêutica farmacológica 64,8% da população estudada afirmou usar tratamentos farmacológicos para o controlo da dor. O paracetamol foi o fármaco mais utilizado na terapêutica farmacológica da dor (37,4%) resultado este que é concordante com a literatura, uma vez que o paracetamol é o analgésico de primeira escolha e de eleição segundo várias orientações. (27,28) Os efeitos adversos são raros e o paracetamol não parece estar associado a significativos efeitos adversos gastrointestinais (GI), renais, do sistema nervoso central ou toxicidade cardiovascular. A dose máxima não deverá exceder as 4000mg por dia e a posologia indicada em idosos é de 325-500mg a cada 4 horas ou 500-1000mg a cada 6 horas, contudo é necessário ter precauções e reduzir a dose em doentes com insuficiência hepática e renal, (8,22,28) especialmente se tomado por períodos de tempo prolongados pelo que os doentes devem ser educados a não exceder a dose diária recomendada. (27,28)

Os AINE's são outra das classes farmacológicas mais utilizadas. De acordo com a literatura esta é também uma das classes farmacológicas mais prescritas, (27) sendo o tratamento de opção quando o uso de paracetamol em monoterapia se mostra ineficaz. Os AINE's são também mais efetivos do que o paracetamol na dor inflamatória persistente e osteoartrose. As orientações recomendam o uso de AINE's quando o paracetamol e os AINE's tópicos se mostram ineficazes no alívio da dor. (27,28)

No entanto, apesar da boa eficácia demonstrada, esta classe farmacológica está associada a várias reações adversas, como toxicidade GI, renal e cardiovascular, alterações da coagulação, efeitos que se podem tornar muitos sérios e colocar inclusive em risco a vida dos mais idosos. (22,27,28)

Assim sendo, a prescrição de AINE's para o controlo da dor no idoso deve ser feita com grande precaução após uma avaliação cuidada do perfil do doente e perfil de segurança do fármaco. A toxicidade GI pode ser reduzida através da toma combinada com misoprostol ou inibidores da bomba de prótons, como o omeprazol. No entanto o uso destes fármacos também não é inócuo. (27,28) O seu uso deve sempre ser feito durante o menor período tempo possível e com a dose mais baixa. (22,27,28)

Um achado interessante foi a considerável prevalência (10,7%) de relaxantes musculares como terapêutica adjuvante. Neste caso, Paracetamol + Tiocolquicosido, medicamento este indicado no alívio de contrações musculares dolorosas relacionadas com a coluna vertebral, a considerável prescrição deste fármaco pode vir associada com a elevada prevalência de câibras encontrada (57,5%), onde este é um medicamento efetivo. A sua dosagem deve ser estritamente respeitada e a toma nunca deve exceder os 7 dias consecutivos, isto porque

estudo recentes indicaram que os metabolitos do tiocolquicosido podem induzir alterações cromossômicas, tornando-se num fator de risco para o cancro, este fármaco encontra-se atualmente sujeito a monitorização clínica adicional. (29)

Com uma prevalência mais baixa (2,4%) encontram-se os Opióides. O facto do uso de AINE's ter sérios efeitos adversos em idosos, tem virado nos últimos anos a atenção para o uso de opióides, que podem ser divididos em duas classes: opióides fracos e opióides fortes. (27,28)

Na classe dos opióides fracos, no nosso estudo, foi encontrado o uso de tramadol. Trata-se de um analgésico que atua nível central, pelo que pode causar efeitos secundários como sedação e confusão, depressão do centro respiratório e cardiotoxicidade, efeitos estes mais pronunciados em idosos. Alguns estudos sugerem que os idosos necessitam menos 20% da dose de tramadol que os adultos, pelo que a terapêutica deve ser iniciada com as doses mais baixas e deve ser titulada, e monitorizada. (22,27)

Quando ao opióides fortes foi observado o uso de morfina ainda que numa pequena percentagem (1,2%). A morfina é um fármaco que foi usado durante muitos anos no alívio da dor oncológica, ao qual os idosos têm uma grande sensibilidade devido aos pronunciados efeitos secundários que podem ocorrer, como depressão do centro respiratório para além do potencial de adição e abuso associado aos analgésicos opióides. Por todos estes motivos o uso de opióides por períodos de tempo prolongado pode ser comprometido, uma vez que os efeitos adversos sentidos são em grande parte das vezes demasiado pronunciados o que resulta numa fraca adesão à terapêutica. (28)

Devido à vasta gama de alterações fisiológicas que acontecem no processo de envelhecimento, que afetam a farmacocinética e farmacodinâmica do medicamento, resultando em efeitos adversos potenciados, é difícil prever qual o tratamento farmacológico ótimo. Pelo que a doses devem ser tituladas e ajustadas, de modo a que dose utilizada seja a dose eficaz mais baixa. (22,27,28)

O tratamento da dor em idosos institucionalizados deve ser orientado de acordo com a escada analgésica da OMS, tendo sempre em consideração as particularidades dos idosos em geral e de cada individuo. (22) A escada analgésica prevê a seguinte terapêutica de acordo com a intensidade da dor: Dor Ligeira - Analgésicos não opióides e/ou adjuvantes; Dor Moderada - Opióides fracos + analgésicos não opióides e/ou adjuvantes; Dor Intensa - Opióides fortes + analgésicos não opióides e/ou adjuvantes. (22)

Os fármacos adjuvantes, são fármacos que estão indicados no tratamento de outras morbilidades, mas para os quais se descobriu a posse de efeitos analgésicos. Entre estes destacam-se os antidepressivos e anticonvulsivantes, que são particularmente benéficos no

tratamento de dor neuropática, ou ainda os corticoides, relaxantes musculares ou antiespasmódicos. (22,27)

O tratamento farmacológico deve ser sempre combinado com terapêuticas não farmacológicas, o que vai permitir melhorar a terapêutica global, reduzir as dosagens dos fármacos e assim reduzir efeitos secundários e interações. (22,28)



## 7 Estratégias de controlo da dor

O tratamento da dor tem como objetivo tratar as suas causas, reduzir ou anular a sua intensidade, melhorar a capacidade funcional, o sono, o humor e a socialização do doente. (2)

O sucesso da estratégia terapêutica analgésica depende da monitorização da dor. A avaliação e registo da sua intensidade, pelos profissionais de saúde e prestadores de cuidados de saúde, deve ser feita de forma continua e regular desde o início da institucionalização, à semelhança do que acontece com outros sinais vitais como por exemplo a pressão arterial. Deste modo será possível otimizar a terapêutica, dar segurança aos prestadores de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida dos idosos. (2,11,19,25)

Para todos os idosos conscientes e colaboradores devem ser aplicadas escalas de dor, em particular a Escala Qualitativa que é aquela que permite a utilização de uma linguagem mais comum, que apresenta uma maior compreensão e aceitação pelos idosos (dado que foi possível observar no decorrer do trabalho). (19,24,25)

É especialmente necessário existir formação de todos os cuidadores e prestadores de cuidados de saúde das IPSS de modo a que estes conheçam e estejam conscientes das necessidades daqueles que cuidam. Para muitos idosos a dor é uma componente normal do processo de envelhecimento e muitos nem sempre reportam as experiências de dor aos seus cuidadores (8,24-26) Logo, a formação neste campo, é o primeiro passo que deve ser dado e também o mais importante, pois se os cuidadores e prestadores de cuidados de saúde não forem capazes de perceber a problemática da dor e tudo o que com ela vem associado, o seu controlo nunca será feito de uma forma eficaz. (21,24) Da mesma forma é também extremamente importante que os idosos institucionalizados estejam consciencializados da sua problemática de forma a conseguirem encará-la melhor.

Como a dor se trata de uma experiência subjetiva, e não existem testes que a consigam avaliar objetivamente, a DGS estabeleceu um conjunto de orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa (AnexoV) (22) Na Tabela 4 estão resumidas as orientações que, de acordo com Norma, se consideram fundamentais para poder ser feita uma avaliação adequada da dor no idoso institucionalizado. Esta avaliação deve ser sempre complementada com um historial clínico o mais completo possível e com uma avaliação em todos os domínios - biopsicossocial.

Tabela 4 - Avaliação da dor em idosos institucionalizados (adaptado de DGS, Orientação 015/2010 (22)).

- 
- a. Identificar a presença de dor no idoso institucionalizado, através de questões diretas.
  - b. Avaliar a dor por rotina desde o início da institucionalização, tendo em conta que os idosos podem não a manifestar.
  - c. Considerar como dor outros termos usados pelos idosos como por exemplo: mal-estar, sofrimento, magoado, agonia, moinha, queimor, formigueiro, etc.
  - d. Caracterizar a intensidade da dor por intermédio Escala Qualitativa como primeira alternativa.
  - e. Na presença de dificuldades comunicativas e comprometimento cognitivo, recorrer a escala comportamentais - Escala Doloplus, em combinação com historial médico.
  - f. Considerar a ocorrência de dor nos locais que o idoso apontar, quer seja diretamente, através de diagramas ou indiretamente, por exemplo, quando existe reação a um toque ou movimentação.
  - g. Inferir sobre as possíveis causas da dor.
  - h. Complementar a avaliação da dor com outras dimensões, psicológica, social, cultural.
  - i. Solicitar a colaboração de familiares e cuidadores na interpretação das alterações de comportamentos gerais que possam indicar dor.
- 

Apesar de não ter sido um objetivo deste trabalho, tornou-se evidente a necessidade de adotar medidas específicas que permitam a avaliação da dor em idosos com elevado comprometimento cognitivo que muitas vezes não conseguem exprimir a dor experienciada, e se os prestadores de cuidados de saúde e cuidadores não estiverem conscientes dos sinais que podem evidenciar dor, estes idosos podem mesmo acabar por ser os mais negligenciados. (2,8,25)

Na observação dos idosos com dificuldades comunicativas e elevado comprometimento cognitivo, nenhuma estratégia é por si só suficiente, sejam a observação de comportamentos, diagnóstico da patologia, antecedentes pessoais ou informação dos cuidadores, pelo que é fundamental haver uma combinação entre todas. (11) Para além disso, para que o reconhecimento de pistas e comportamentos que indiquem dor possa ser feito, é necessário que haja um elevado grau de familiarização entre o cuidador e o idoso uma vez que as pistas fornecidas assentam na sua maioria em mudanças de comportamento gerais o que requer um elevado grau de interpretação pelo cuidador. Para tal é necessário que os cuidadores estejam conscientes acerca da problemática da dor na população idosa, em especial a que apresenta elevado comprometimento cognitivo (3,11,24,26)

Assim propõe-se a implementação nas IPSS de escalas comportamentais, como a Escala Doloplus presente na Orientação 015/2010 da DGS, onde é possível avaliar a dor em conjunto com outras alterações fisiológicas ou stress emocional, em idosos com elevado comprometimento cognitivo e não comunicantes. A utilização desta escala comportamental, bem como as estratégias de avaliação da dor acima descritas já foram propostas pela DGS na orientação 015/2010 em 14/12/2010 que visa toda a população idosa, (22) pelo que a implementação desta medida nas IPSS faz todo o sentido uma vez que é uma ferramenta simples de usar e que fornece informações precisas, que poderiam contribuir significativamente para a otimização de medidas de controlo da dor nesta população e assim melhorar a sua qualidade de vida.

Após a adequada avaliação da dor, deverão ser implementadas nas IPSS estratégias que visem não só o controlo da dor já existente, mas também a implementação de estratégias que visem a sua prevenção. Abordagens não farmacológicas deverão ser abordadas em primeiro lugar e estas devem ser integradas entre não só entre os residentes, mas também entre o pessoal das instituições. (21)

Podem ser promovidas atividade ao ar livre como jardinagem e agricultura, por exemplo através da criação de um jardim e pequena horta comunitária na instituição em que todos os idosos com capacidade fossem encorajados a participar. Este tipo de atividades que visa a criação de ambientes multissensoriais onde os idosos possam ver o desenvolvimento das suas plantas, ver as cores das flores, sentir as texturas e odores e por fim colher os seus frutos mostrou ser uma medida não farmacológica efetiva e barata uma vez que promove a criação de um ambiente sustentável, no tratamento da dor. (21,22) Um estudo feito no Japão (2011) onde foi implementado um programa deste tipo, evidenciou que os parâmetros de bem-estar como a felicidade, solidão, satisfação com a vida e depressão, sofreram melhorias significativas após a implementação do programa. Verificou-se ainda que houve uma redução da intensidade da dor, bem como um maior uso de medidas não farmacológicas para o controlo da dor quando comparado com um grupo controlo onde não foram implementadas quaisquer estratégias. (21)

Para além de ajudar a controlar a dor a criação destes ambientes vai também contribuir para mais rápida, mais fácil e melhor adaptação do idoso à instituição, uma vez que é criado um ambiente de interação, cooperação e familiarização entre os idosos residentes, e entre os idosos e o pessoal da instituição. A melhor adaptação do idoso à instituição vai contribuir para a manutenção das atividades diárias normais, socialização, atividade física, independência e por fim qualidade de vida do idoso, evitando-se quadros de solidão e depressão.

São ainda sugeridas outras medidas não farmacológicas que podem ajudar a controlar a dor como o exercício, este deve ser sempre adaptados às necessidades e preferências de cada idoso, e realizado no mínimo, oito a doze semanas. Exercício regulares de resistência e

fortalecimento muscular de intensidade moderada, podem melhorar a capacidade funcional e diminuir a dor por patologia músculo-esquelética, os exercícios de alongamento podem melhorar a dor provocada por espasmos musculares. A aplicação local de calor ou frio e massagens também se mostrou uma medida efetiva no tratamento de espasmos musculares e neuropatias periféricas. (22,27)

Devem ainda ser aplicadas estratégias cognitivas em programas individuais ou em grupo com o objetivo alterar atitudes, crenças e promover a modificação da experiência da dor e sofrimento. (22,27)

Quando os tratamentos não farmacológicos não se mostrarem eficazes ou na presença de dor moderada e severa a melhor alternativa é sempre a combinação de medidas não farmacológicas com medidas farmacológicas. (22,28) As medidas farmacológicas a implementar devem seguir a recomendação da OMS, de acordo com a escada analgésica já anteriormente referida, onde deve ser feita uma monitorização da terapêutica farmacológica frequente de modo a alcançar a melhor relação possível. (22) Quando é iniciada a terapêutica analgésica ou se procede ao ajuste de doses, é sempre necessário avaliar a eficácia e efeitos adversos. (22,28)

## 8 Conclusão

A institucionalização do idoso pode levar à condicionalização da independência e realização de tarefas diárias uma vez que essas atividades passam a ser realizadas pelos cuidadores da instituição. A diminuição de atividades diárias, diminuição da socialização, de exercício físico e isolamento, pode levar à ansiedade e depressão, culminado na redução da qualidade de vida e levando à incapacidade. Todos estes, são fatores que potenciam o aparecimento de quadros de dor. (2,8,11,21,22)

A dor é um sintoma frequente nos utentes das IPSS, no entanto esta encontra-se subdiagnosticada e subvalorizada, sobretudo por motivos culturais. A dor é ainda inúmeras vezes subestimada, escondida, negada e, conseqüentemente, negligenciada, tanto pelos utentes como pelos profissionais de saúde. (3,22) Através deste estudo foi possível observar que idosos institucionalizados na região da Beira Interior Norte sofrem frequentemente de dor, onde como esperado, foi encontrada uma elevada prevalência. Apesar da dor referida pelos idosos ter na maior parte dos momentos uma intensidade leve, esta afeta a praticamente todas as atividades diárias dos idosos, apresentando estes maior incapacidade.

Foi ainda possível verificar que a forma habitual de tratamento da dor em idosos é a utilização de fármacos, sendo o mais utilizado o paracetamol, um dos analgésicos que apresenta maior perfil de segurança, o que vai de acordo com as recomendações mundiais. No entanto, foi também encontrada uma percentagem significativa de idosos que apesar de conviverem com a dor frequentemente não utiliza qualquer tipo de estratégia para o seu controlo.

Tornando a problemática da dor visível não é possível ignorá-la, sendo imperioso estabelecer estratégias terapêuticas adequadas ao seu controlo, o que vai contribuir decisivamente para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir a morbilidade. (36) Assim é sugere-se a implementação nas IPSS de algumas medidas de controlo da dor, que seguem as recomendações nacionais feitas pela DGS para o controlo da dor na comunidade idosa. As principais estratégias definidas neste âmbito passam por: em primeiro fornecer formação a toda a equipa das IPSS, assim como aos seus utentes, sobre a problemática da dor; em segundo lugar, a monitorização da dor desde o início da institucionalização; em terceiro lugar adaptar orientações existentes sobre o controlo da dor no dia-a-dia das IPSS e por último, estabelecer medidas não farmacológicas que visem essencialmente a prevenção da dor.

A dor é um sério problema que os profissionais e prestadores de cuidados de saúde devem estar conscientes e com o qual devem saber lidar. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito de todos os utentes que dela padecem. (8,19,23)

Por outro lado, verificou-se que a falta de profissionais de saúde especializados, ainda é uma limitação existente nas IPSS. Assim seria importante articular ações entre os vários profissionais de saúde, e estimular as ações interdisciplinares. Ações e tratamentos com a mesma meta alcançam resultados mais rápidos. (2)

O controlo sintomático e o bem-estar, permitem obter uma melhor qualidade de vida e devem constituir um indicador de qualidade essencial para alcançar a melhor qualidade de cuidados possível. (3)

## 9 Bibliografia

1. Direcção de Serviços de Informação e Análise. Portugal IDADE MAIOR em Números: A Saúde da População Portuguesa com mais de 65 anos de idade. Lisboa: DGS 2014.
2. Barbosa MH, Bolina AF, Tavares JL, Cordeiro AL, Luiz RB, Oliveira KF.: Fatores sociodemográficos e de saúde associados à dor crônica em idosos institucionalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 22(6):1009-DOI:10.1590/0104-1169.3552.2510.
3. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev Soc Esp Dolor* 2009; 16(6):344-351.
4. Van Kollenburg E, Lavrijsen J, Verhagen SC, Zuidema SU, Schalkwijk A, Vissers K. Prevalence, Causes, and Treatment of Neuropathic Pain in Dutch Nursing Home Residents: A Retrospective Chart Review. *JAGS* 2012; 60:1418-1425.
5. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Chiba Y, Nishikawa Y, Sugai Y, Hayashi K. Prevalence of Pain Among Residents in Japanese Nursing Homes: A Descriptive Study. *Pain Management Nursing* 2013; 2:e1-e9.
6. Pereira C, Fonseca C, Escoval A, Lopes M. Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2010; 29(1):53-63.
7. Tse M, Leung R, Ho S. Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: An exploratory study in planning patient-centred intervention. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 68(2):312-321;doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05738.x
8. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A. Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *American Society for Pain Management Nursing* 2010;11(4):pp209-223;doi:10.1016/j.pmn.2010.08.006
9. Lopes JMC. *Fisiopatologia da Dor*. Biblioteca da Dor 2003.
10. Azevedo LF, Pereira AC, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, et al. Tradução Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor* 2007;15(4).
11. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: DGS 2009.
12. Porth CM. *Essentials of Pathophysiology* 2015. 4th Edition:861-870.

13. Staehelin Jensen T. Pathophysiology of pain: from theory to clinical evidence. *European Journal of Pain* 2008;2(2008)13-17.
14. Nickel FT, Seifert F, Lanz S, Maihöfner C. Mechanisms of neuropathic pain. *European Neuropsychopharmacology* 2011.doi:10.1016/j.euroneuro.2011.05.005.
15. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: DGS 2004.
16. Lima MAG, Neves RF, Tironi MOS, Nascimento AMDN, Magalhães FB. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT a construção do Core Set da CIF para a LER/DORT. *Acta Fisiatr* 2008;15(4):229-235.
17. Roe Y, Bautz-Holter E, Juel NG, Soberg HL. Identification of relevant International Classification of Functioning, Disability and Health Categories in patients with shoulder pain: A cross-sectional study. *J Rehabil Med.* 2013; 45: 662-669.
18. Grill E, Mansmann U, Cieza A, Stucki G. Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med.* 2007; 39:71-76.
19. Direcção-Geral da Saúde. A dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa N.º 09. Lisboa: DGS/DGCG; 2003.
20. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Rustoen T. Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes. *Pain Manag Nurs* 2010; doi:10,1016/j.pmn.2009.01.001.
21. Tse MMY, Ho SSK. Pain management for older persons living in nursing homes: A pilot study. *Pain Manag Nurs.* 2013; doi:10.1016/jpmn.2011.01.004.
22. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. 015/2010 14/12/2010. Lisboa: DGS 2010.
23. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crónica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência , características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad. Saúde Pública* 2013;29(2):325-334.
24. Closs SJ, Cash K, Barr B, Briggs M. Cues for the identification of pain in nursing home residents. *Int J Nurs Stud.* 2005; 42(2005)3-12; doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.05.012.



25. Pereira LV, Pereira GA, de Moura LA, Fernandes RR. Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. *Rev da Esc Enferm*. 2015; 49(5):804-810; DOI:10.1590/S0080-623420150000500014.
26. Blomqvist K, Hallberg IR. Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *Int J Nurs Stud*. 2001; 38(2001):305-318.
27. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age and Ageing* 2013;42:i1-i57; doi: 10.1093/ageing/afs200.
28. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons*. *JAGS* 2009; 57:1331-1346; DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.0237.x
29. Infarmed. Folheto Informativo Adalgur. 2016.
30. Instituições Particulares de Solidariedade Social. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/ipss>; Consultado a 22 de fevereiro de 2016.
31. População idosa em Portugal. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-7013>; Consultado a 18 de fevereiro de 2016.
32. População Idosa na Covilhã e Guarda. Disponível em: <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>; Consultado a 18 de fevereiro de 2016.
33. Dor Aguda versus Dor Crónica. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/14-dor-aguda-versus-dor-cronica>; Consultado a 20 de fevereiro de 2016.
34. O que é a Dor? Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>; Consultado a 20 de fevereiro de 2016.
35. Phases of Aging: The Young-Old, Middle-Old, and Old-Old. Disponível em: [https://lumen.instructure.com/courses/199939/pages/Section13-4?module\\_item\\_id=4575415](https://lumen.instructure.com/courses/199939/pages/Section13-4?module_item_id=4575415); Consultado a 23 de janeiro de 2017.
36. A dor como 5.º sinal vital. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor-como-5-sinal-vital>; Consultado a 14 de janeiro de 2017



# Capítulo 2 - Experiência

## Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária

### 1 Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio, a última etapa do plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF). Etapa esta importantíssima para a conclusão do MICF, pois é através desta que são integrados e postos em prática todos os conhecimentos adquiridos, é também durante o estágio que são desenvolvidas as capacidades comunicativas com o utente essenciais para que o desempenho da profissão seja o melhor.

Este documento tem como objetivo a descrever as atividades desenvolvidas durante o período de estágio entre os meses de setembro de 2016 e janeiro de 2017, na Farmácia Higiénica localizada na Póvoa de Santa Iria sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Joana Leitão bem como de toda a sua equipa.

Os objetivos gerais do estágio foram a integração dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso no contexto profissional, de modo a adquirir as competências necessárias para exercer a profissão, e compreender o papel e desafios do farmacêutico na comunidade.

O papel do farmacêutico, enquanto profissional de saúde altamente qualificado, atualmente não se baseia apenas no facto de este ser o detentor do título de especialista do medicamento. O farmacêutico, encontra-se numa posição privilegiada de contacto direto com os doentes, sendo muitas vezes o primeiro profissional de saúde procurado. O farmacêutico deve ser capaz de conjugar cuidados de saúde com o seu conhecimento especializado, experiência e capacidade para avaliar cada situação. Deve em primeiro lugar ser promovidos a saúde e o bem-estar, através da sensibilização da população para adoção de estilos de vida saudáveis, promoção de rastreios, ou através conversas breves, fazer despiste precoce e identificar sinais e sintomas que possam indiciar um problema de saúde ainda não diagnosticado. A otimização da terapêutica e a promoção de medidas não farmacológicas para a resolução dos problemas também fazem parte das competências de um farmacêutico bem como a promoção do uso racional de medicamentos.



## **2 Enquadramento da Farmácia Higiénica**

A Farmácia Higiénica (FH), situa-se na Rua dos Marinheiros nº60, na Póvoa de Santa Iria, concelho de Vila Franca de Xira, junto da estação de comboios da Póvoa, o que a torna num ponto de referência da cidade, e por onde passam várias dezenas de utentes todos os dias. A FH encontra-se aberta ao público 365 dias por ano, num horário de segunda a sexta-feira da 7:00h as 22:00h e sábados, domingos e feriados das 9:00h às 19:00h, cumprindo assim o horário de funcionamento alargado, determinado pelo 2º artigo da portaria n.º 277/2012, alterado pela portaria nº 14/2013, (1,2) com exceção dos dias em que a farmácia se encontra em serviço permanente, estando funcionamento durante 24h, sendo que a partir das 22h o atendimento é efetuado através de um postigo. Isto acontece normalmente uma vez por semana, sendo a rotatividade dos dias de serviço das farmácias são atribuídos anualmente.

Durante o período de estágio pude cumprir diferentes turnos de trabalho e desta forma assistir, às varias etapas desde a abertura até ao fecho da farmácia, bem como presenciar uma noite de serviço permanente.

### **2.1 Espaço físico**

#### **2.1.1 Caracterização do espaço exterior**

O edifício da FH encontra-se bem visível e é assinalado com uma cruz luminosa na fachada do edifício, símbolo que identifica a farmácia, e que se encontra iluminado sempre que a farmácia se encontra de serviço durante a noite. (1,2) Exteriormente a FH apresenta 2 entradas, sendo uma delas, lateral e apenas de cargas e descargas e acesso restrito aos colaboradores da farmácia. A porta de acesso principal é a única acessível ao público. Na entrada principal, encontra-se visível a informação relativa ao nome da farmácia, nome da Diretora Técnica, horário de funcionamento da farmácia, mapa das escalas de turnos das farmácias do município, serviços farmacêuticos prestados e respetivos preços e informação relativa à existência de livro de reclamações. Esta informação é obrigatória nos termos do Artigo 28º do Decreto Lei 307/2007 de 31 agosto. (1,2)

As montras viradas para o exterior apresentam posters publicitários sazonais e periódicos de forma a promover serviços e produtos existentes na farmácia.

#### **2.1.2 Caracterização do espaço interior**

As farmácias devem dispor de instalações adequadas e garantir desde logo a máxima segurança e condições de conservação e preparação de medicamentos, sendo ao mesmo tempo um espaço profissional, calmo, funcional e acolhedor

A acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e do respetivo pessoal, devem também estar garantidos. Assim segundo a legislação em vigor, as instalações e as áreas da

farmácia devem estar bem definidas, contendo no mínimo um total de 95m<sup>2</sup>, distribuídos da seguinte forma:

- 1) Sala de atendimento ao público;
- 2) Armazém;
- 3) Laboratório;
- 4) Instalações sanitárias;
- 5) Gabinete de atendimento personalizado. (1)

Para além das zonas obrigatórias, a FH contém ainda um gabinete de direção técnica, e uma zona de vestuários e uma sala de refeições. A estrutura da FH está organizada da seguinte forma: piso 0: engloba as áreas destinadas ao Público: sala de atendimento, gabinete do utente; e ainda o gabinete do diretor técnico, instalações sanitárias e a área de back-office, onde estão localizados o laboratório e o local para efetuar a receção e aprovisionamento das encomendas. O piso 1 é engloba as áreas do armazém, onde são guardados os produtos em excesso bem como o arquivo morto, os vestiários e a sala de refeições.

- Sala de atendimento ao público - Front-Office

A área de atendimento é um espaço amplo, funcional e moderno, mantido impecavelmente limpo e organizado, com o acesso fácil dos utentes a todos os postos de atendimento, estando novamente identificada com o nome da farmácia, o nome da diretora técnica, serviços prestados e correspondente preço. A sala de atendimento ao público apresenta à entrada uma máquina de senhas por forma garantir um atendimento o mais correto e organizado possível. A zona de atendimento é composta por seis postos de atendimento individualizados e cinco caixas de pagamento, divididos em três balcões. Cada posto de atendimento está equipado com computador, leitor ótico de códigos de barra, uma impressora e um terminal multibanco, existem ainda duas saídas do robot que servem os três balcões e os 6 postos de atendimento. Cada colaborador permanece no seu posto, onde exerce a sua atividade, em cima dos balcões estão também folhetos informativos sobre rastreios e outras ações que a farmácia pretende divulgar bem como a newsletter da FH, existem ainda alguns expositores de balcão que fazem a promoção de produtos parceiros, por rotatividade. Nos lineares atrás dos balcões, encontram-se expostos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), portanto não diretamente acessíveis aos utentes, suplementos alimentares e produtos de dermocosmética organizados por gamas e marca. A zona de atendimento é uma zona tranquila, com os postos de atendimento devidamente compartimentados de forma a haver tanta privacidade quanto possível em relação ao ambiente e outros utentes, e de forma a que a comunicação entre o farmacêutico e o utente seja a mais fácil possível. Quando a zona do balcão não for a mais adequada para prestar os aconselhamentos que o utente necessita, ou sempre que este o solicite, deve ser usado o gabinete do utente onde a privacidade é total.

Nesta zona existem ainda cadeiras onde os utentes podem descansar enquanto esperam pela sua vez, uma balança com medição dos parâmetros antropométricos e pressão arterial. Quanto às montras e expositores existe uma zona reservada à puericultura onde se encontram expostos uma variedade de produtos desde nutrição infantil, chupetas, biberões, brinquedos e outros acessórios, e produtos cosméticos e de higiene para o bebé e para a mãe. Nesta área da farmácia existe também uma área dedicada à higiene íntima, higiene oral, uma pequena área de produtos para animais e dois lineares sazonais, no centro da sala existe um expositor denominado "ilha das promoções" onde se encontram os produtos em promoção.

- Back-Office (Armazém, Laboratório, Instalações sanitárias, Gabinete de atendimento personalizado, Gabinete da Direção técnica, Vestiários, sala de refeições)

O back-office, compreende várias áreas, mas é essencialmente a zona não acessível ao público, com exceção, do gabinete do utente e ocasionalmente das instalações sanitárias que se destinam ao uso do pessoal da farmácia, mas são facultadas aos utentes que as solicitem. O Gabinete do utente (Gabinete de atendimento personalizado) onde, são normalmente efetuados os serviços prestados pela FH, como quantificação de parâmetros bioquímicos (glicémia, colesterol total, triglicéridos, colesterol HDL, INR, hemoglobina) em que este espaço dispõem de todo o material necessário à realização destas medições, com a exceção dos reagentes que devem ser guardados no frio e por isso se encontram no frigorífico, dispõem ainda de contentores específicos para a recolha de materiais contaminados. Aqui são também realizadas a consulta de nutrição, consulta do pé, acompanhamento farmacoterapêutico, consulta de cessação tabágica, audiometria, administração de vacinais e medicamentos injetáveis, entre outros. As restantes áreas compreendidas pelo back-office são o Gabinete da Direção técnica, destinado à diretora técnica e restantes membros da direção, onde são geridos os aspetos burocráticos relacionados com a farmácia; o Laboratório, local reservado à preparação de medicamentos manipulados e reconstituição extemporânea de medicamentos. O laboratório apresenta uma bancada, um lavatório com água corrente, um exaustor para eliminação de fumos e gases e um armário para o armazenamento de material e matérias-primas. (1) Este deve encontrar-se sempre limpo e pronto a ser utilizado; a área destinada à Receção de Encomendas que compreende uma bancada com dois computadores e restante material informático para proceder à receção/devolução das encomendas; O back office dispõem ainda de um robot para o armazenamento dos medicamentos, e outras áreas de armazenamento onde são devidamente aprovisionados os medicamentos que não podem ser diretamente armazenados no robot, devido à limitação de espaço deste, tamanhos de embalagem divergentes ou excessivamente grandes ou devido a características da embalagem (por exemplo os xaropes não são arrumados no robot, porque como as embalagens são maioritariamente de vidro estas podem facilmente partir.) Existe também um frigorifico, que funciona a uma temperatura entre 2 e 8°C, para armazenar os medicamentos e produtos que necessitam de estar no frio, como é o caso das insulinas,

vacinas e outros medicamentos e dispositivos médicos. Existe também um móvel com várias divisões devidamente identificadas como: material ortopédico, produtos de higiene oral, amostras, desinfetantes, algodão, compressas, luvas soro fisiológico, produtos de higiene íntima, máscaras, sacos de colostomia entre outros, tudo está devidamente organizado e identificado de forma a que o seu acesso seja fácil e rápido.

O armazém situado no primeiro andar, faz também parte do back-office. Aqui são aprovionados todos os excessos de produtos e medicamentos, estes são arrumados de forma organizada por secções, medicamentos sujeitos a recita médica (MSRM), MNSRM, medicamentos genéricos parceiros, medicamentos genéricos não parceiros, puericultura, xaropes, produtos de uso externo, suplementos alimentares e nutrição, higiene, entre outras. As embalagens são sempre arrumadas por ordem alfabética tanto quanto possível, de forma a ser mais fácil e rápida a reposição dos medicamentos e produtos. Faz parte do armazém o arquivo morto, que são principalmente documentos fiscais que têm de ser mantidos na farmácia durante pelo menos 10 anos.

A zona de vestuários e sala de refeições, é um espaço situado no primeiro andar onde os colaboradores podem guardar os seus pertences e vestir a sua bata, bem com descansar e almoçar durante as suas horas de pausa.

## **2.2 Recursos Humanos**

A equipa da FH é constituída por uma equipa jovem e dinâmica de profissionais competentes, que mostram a sua responsabilidade, experiência e profissionalismo em todas as tarefas diárias, de forma a assegurar a satisfação de todos os utentes. A equipa da FH é constituída por dez elementos: uma técnica de farmácia, uma conselheira de dermocosmética e oito farmacêuticos, estando a direção da farmácia está a cargo da diretora técnica (Dr.<sup>a</sup> Joana Leitão) e dois farmacêuticos adjuntos (Dr.<sup>a</sup> Sara Dias e Dr. Nuno Costa). Faz ainda parte da equipa uma nutricionista, dois dias por semana, uma enfermeira responsável pela consulta do pé uma vez por semana, uma osteopata por marcação e uma técnica de limpeza, todos os dias à exceção do fim-de-semana.

Os profissionais, que no exercer das suas funções, contactam diretamente com o público, usam bata e um cartão identificativo onde se apresenta o título profissional, como o disposto no artigo 32º do decreto-lei nº 307/2007, de 31 de agosto. (1)

As funções são normalmente partilhadas por toda a equipa, no entanto existe especificações para cada profissional.

A diretora técnica assume a direção técnica da farmácia em permanência e exclusividade, durante o horário de funcionamento da farmácia, da qual faz parte:



- a) Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- b) Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;
- c) Promover o uso racional do medicamento;
- d) Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;
- e) Garantir que os medicamentos e demais produtos são fornecidos em bom estado de conservação;
- f) Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- g) Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;
- h) Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- i) Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- j) Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos neste diploma e na demais legislação reguladora da atividade farmacêutica. (1)

Além das funções descritas na legislação, a diretora técnica deve seguir o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos. O diretor técnico pode ser coadjuvado por farmacêuticos e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direção e responsabilidade. Na sua ausência, o farmacêutico substituto assume as suas tarefas e compromissos.

### **2.2.1 Formação da Equipa**

Uma das características mais notáveis da FH prende-se na aposta em uma formação de qualidade à sua equipa, por forma a mante-la sempre atualizada e com o máximo de informação científica, ética e legal para adquirir um nível de competência adequado à prestação de um atendimento de excelência e que marque a diferença.

A formação continua é uma obrigação profissional e deve incluir de cursos de formação científica e técnica, simpósios, congressos, encontros profissionais e científicos, sessões clínicas internas da farmácia, e ainda a leitura de publicações que contribuam para a sua atualização profissional. (3)

Assim durante o período de estágio verifiquei a existência de diversificadas formações que normalmente decorrem nas instalações da farmácia, já que a formação continua da equipa é uma das grandes apostas da FH. Formações estas onde normalmente os diferentes laboratórios e marcas fornecem a formação relativa aos seus produtos, deste modo tive a oportunidade de participar de várias formações onde se incluíram formações sobre material ortopédico e calçado profissional pela Ortomedifar, formações da Nestlé®, relativamente à linha Nestlé® Health Science, formações sobre leites e papas, pela Nestlé® e Aptamil®, e formações dos laboratórios Boehringer, Distriifa, Angellini, Medinfar, Aboca e Bene, sobre os

seus mais diversos produtos. Na área da dermocosmética, recebi formação das marcas Lierac®, Uriage®, e sobre produtos capilares e anti-queda pela Tricovel®. Recebi ainda formações sobre higiene oral e dermocosmética promovidas pela própria farmácia e participei de uma formação sobre: “Farmácia e o Aconselhamento à Mulher em Anticonceção” promovida pela Gedeon Richter onde foram abordados os mais diversos métodos anticoncepcionais, sendo esta creditada pela Ordem dos Farmacêuticos (OF).

## **2.3 Sistema Informático**

Atualmente, o suporte informático é imprescindível nas tarefas desempenhadas em farmácia comunitária. A implementação do sistema informático trouxe inúmeras vantagens e facilidades em diversas tarefas, como por exemplo encomenda de produtos e medicamentos, e um acesso mais rápido a diversas informações (posologias, interações, entre outros). Trouxe ainda vantagens ao nível da gestão farmacêutica, administrativa e financeira, permitindo essencialmente uma maior rentabilidade de tempo, possibilitando assim uma maior disponibilidade ao utente.

Como sistema informático a FH possui o Sifarma 2000 (SIF2000), com o qual trabalhei e explorei todas as mais diversas funcionalidades, quer ao nível do atendimento, verificação de stocks, receção, gestão e realização de encomendas, gestão de devoluções, controlo de prazos de validade, consulta da ficha do produto, e aceder ao histórico de vendas, cada utilizador do sistema contém um código de acesso, para garantir segurança e confidencialidade dos dados armazenados no sistema informático. A FH possui ainda um Robot com um sistema informatizado e integrado que armazena e disponibiliza os medicamentos para dispensa.

## **2.4 Caracterização dos utentes da FH**

Como já foi referido anteriormente a localização da farmácia junto à estação de comboios da póvoa, tornam-na num ponto de referência para os habitantes da cidade da Póvoa, sendo os utentes da FH uma população muito variável por um lado um grupo com idades diversificadas, que faz da farmácia um local de passagem e onde procuram um conselho rápido. Por outro lado, a população idosa, uma vez que a farmácia também se encontra localizada naquela que é chamada a “parte velha” da cidade e onde a população idosa se encontra mais concentrada, sendo que são estes os utentes habituais da farmácia que para além de se dirigirem à farmácia para adquirir a sua medicação, vêm também à procura de atenção, e vêm o farmacêutico como um confidente.

### **3 Gestão na farmácia - Medicamentos e Outros produtos de saúde**

A gestão na farmácia assume, na atualidade, um papel essencial, de modo a garantir a qualidade dos serviços prestados. Devido à situação económica do sector é importante adequar as encomendas às necessidades da comunidade habitual da farmácia, através de um bom controlo da seleção, da compra, da aquisição, da receção, do armazenamento e da dispensa dos medicamentos e produtos, de modo a satisfazer continuamente as exigências do mercado.

#### **3.1 Realização de encomendas**

A FH tem como armazenistas e grossistas principais a Botelho & Rodrigues e a Plural, sendo estes responsáveis pela entrega várias encomendas ao longo do dia. A Botelho & Rodrigues realiza durante os dias úteis, 4 entregas diárias, a primeira às 12:30h, depois às 17:30h, 19:30h e a última às 21:30h, nos fins de semana e feriados é apenas feita uma entrega por dia às 17h. A Plural é responsável por 2 entregas diárias nos dias úteis, às 11:00h e às 16:30h, e fins de semana e feriados uma entrega diária às 18:30h. Desta forma é possível assegurar que as necessidades dos utentes são satisfeitas, havendo uma reposição diária (mais do que uma vez por dia) dos medicamentos e produtos em stock, garantindo que estão disponíveis mesmo aqueles que têm um stock de rotação mais baixo, é também possível com bastante facilidade fazer a encomenda de produtos não disponíveis em stock e obter um prazo de entrega bastante rápido, salvo produtos que estejam esgotados ou rateados.

O sistema informático gera automaticamente uma proposta de encomenda com base nos produtos vendidos, a qual é analisada detalhadamente e validada pela por um farmacêutico antes de ser enviada online através do sistema ao fornecedor. A análise da encomenda tem em consideração o histórico das vendas, alguns exemplos são a rotatividade e a sazonalidade de alguns produtos.

Periodicamente são ainda feitas encomendas diretamente aos laboratórios parceiros, como por exemplo Sandoz®, Zentiva®, KrKa® e Mylan®, entre muitos outros. A análise da necessidade destas encomendas e o seu envio são feitas pela diretora técnica e farmacêuticos ajuntos. A escolha dos fornecedores é feita de acordo com número de medicamentos vendidos, preço, disponibilidade dos produtos, periodicidade das entregas, vantagens e as condições de pagamento oferecidas.

## 3.2 Receção, verificação e marcação de preços

As encomendas que chegam à FH vêm sempre acompanhadas por uma guia de transporte ou fatura. Estas vêm acondicionadas em “banheiras” que são caixas de plástico que asseguram a proteção de encomenda durante o transporte.

Na fatura consta o nome, morada e número de contribuinte da farmácia e do fornecedor, número de fatura e da guia, data, local de carga e descarga, nome do medicamento/produto, código nacional do produto (CNP), forma farmacêutica, dosagem e tamanho de embalagem, quantidades pedidas e enviadas, P.V.P (para MSRM), preço de venda à farmácia (P.V.F), número de caixa em que se encontra o produto, descontos, percentagem de imposto sobre o valor acrescentado (IVA), IVA total e valor final da fatura.

O primeiro passo assim que a encomenda chega à FH é verificar a encomenda. É conferido se a encomenda se destina à FH, e se o número de banheiras recebidas coincide com a guia de transporte. De seguida verifica-se a existência de produtos de frio, caso existam, estes são colocados no frigorífico na zona reservada aos produtos por rececionar, estes serão verificados quando a encomenda for rececionada.

A encomenda é rececionada informaticamente. Inicialmente, seleciona-se a opção do SIF2000 que diz respeito à Receção de Encomendas, depois vão aparecer todas as encomendas criadas, por rececionar e seleciona-se a que se pretende rececionar, pelo número de encomenda e/ou pelo fornecedor, data e hora da encomenda.

Depois de selecionada a encomenda, na janela de verificação da encomenda coloca-se o número da fatura, antecedido de um “F” do seguinte modo: Fxxxxxxx, e no Valor, é colocado o valor total da encomenda que vem indicado no final da fatura. De seguida todos os produtos são picados no leitor ótico para conferir as quantidades, ao longo deste processo é também verificando em simultâneo:

1. se as embalagens estão conformes (não apresentam danos);
2. prazo de validade que só se altera no SIF2000 se o stock do produto estiver a zero ou se a validade do produto registada no sistema for superior à que consta no produto a em receção. No caso de a validade do produto em receção ser inferior a 6 meses, este é devolvido;
3. PVP impresso na cartanagem (MSRM) se neste caso se o PVP da ficha do produto no SIF2000 não coincidir, devem ser consultados os preços em vigor para o medicamento em questão e as respetivas datas de aprovação. Se o PVP impresso na cartanagem, for um PVP aprovado e tiver ocorrido uma mudança de PVP, a prioridade é vender primeiro o medicamento com o PVP antigo e só quando este terminar se pode começar a faturar o novo PVP. Se o PVP impresso na cartanagem não estiver aprovado, a mesma é devolvida. No caso dos produtos sem PVP recomendado, é da

responsabilidade da farmácia fazer o seu cálculo tendo em conta as margens de comercialização e a taxa de IVA aplicada a cada produto, que será 6 ou 23%, sendo que a formula utilizada para calcular o PVP a seguinte:

$$\frac{PVP(\text{preço de venda à farmácia})}{\text{Fator de ponderação (margem de comercialização + IVA)}}$$

4. No caso de ser um medicamento psicotrópico, após a sua receção é imediatamente colocado no robot;
5. Se o stock produto estiver a 0 é possível que seja um medicamento/produto reservado para um utente, ou um produto/medicamento esgotado, deste modo são sempre verificados os documentos de reserva e/ou esgotados, que se encontram num local devidamente identificado junto do local de receção das encomendas. Se o produto/medicamento estiver reservado para algum utente é imediatamente separado dos restantes.
6. Se for um produto novo, que nunca tenha existido na farmácia é necessário criar a ficha do produto no SIF2000; Matérias químicas devem sempre fazer-se acompanhar dos respetivos boletins de análise (BA), sempre que se verifique a receção de um lote novo estes devem ser arquivados num dossier devidamente identificado;
7. Os produtos que necessitem de identificação do preço - etiqueta, são também separados para que no final da receção da encomenda sejam devidamente etiquetados.
8. Produtos cuja a integridade da embalagem esteja comprometida, com prazo de validade inferior a 6 meses, medicamentos com PVP não autorizado, produtos/medicamentos que não estejam faturados, ou em que a quantidade recebida seja superior à encomenda e produtos químicos que não se façam acompanhar do respetivo BA são separados dos restantes para se proceder à sua devolução.
9. Os produtos de frio são também conferidos através do leitor ótico e verificados tal como os restantes, sendo depois novamente armazenados no frigorífico.

Após todas estas etapas, deve verificar-se: o PVF de todos os medicamentos/produtos recebidos e corrigi-lo de acordo com a fatura sempre que necessário, número de unidades recebidas que devem coincidir com o número de unidades totais faturadas, e conferir se o valor total encomenda corresponde ao valor da fatura, caso haja discrepâncias, devem voltar a confirmar-se as quantidades, PVF, PVP e bonificações com a fatura, de modo a encontrara e corrigir o erro.

Depois de tudo ser verificado e apresentar conformidade, termina-se o processo de receção, sendo gerado automaticamente o comprovativo de receção este é impresso, e anexado à fatura da encomenda e arquivados de acordo com o fornecedor.

Caso a encomenda integre Benzodiazepinas e/ ou psicotrópicos, deve inserir-se o numero da fatura no SIF2000 e no caso dos psicotrópicos deve ser sempre arquivado o duplicado ou cópia da fatura, que depois serão arquivados com outros documentos respeitantes a psicotrópicos.

Os medicamentos em falta (esgotados) são sempre comunicados ao INFARMED (Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde).

Caso a encomenda não esteja no sistema, o que acontece com encomendas via telefone ou e-mail é necessário criar manualmente a encomenda para esta poder ser rececionada. Assim deve-se aceder ao menu do SIF2000, na opção “gestão de encomendas” e deve-se selecionar a opção encomenda “manual”, de seguida é escolhido o fornecedor e registados todos os produtos da encomenda bem com as suas quantidades, aprova-se a encomenda e escolhe-se a opção “enviar/reenviar em papel”, para a encomenda não ser novamente enviada ao fornecedor. Posteriormente é efetuada a receção normalmente de acordo com as regras acima definidas.

### **3.3 Controlo registo e faturação de psicotrópicos e estupefacientes**

Os psicotrópicos estupefacientes, são uma classe de medicamentos, com legislação própria, por serem muitas vezes associados a tráfico e outras atividades ilícitas. Neste sentido, estes logo que rececionados, são de imediato separados e no caso da FH, colocados dentro do robô, tendo sempre em atenção o prazo de validade, se estes estiverem reservados para algum utente ficam guardados à parte dos restantes numa gaveta fechada à chave.

Para um bom controlo e registo destes fármacos deve existir um farmacêutico responsável pela preparação e emissão das listas de entradas e dispensas de psicotrópicos e estupefacientes, sendo que todos os procedimentos são feitos no âmbito da legislação que regulamenta estas matérias. (1) O SIF2000 permite também o registo informático de psicotrópicos e estupefacientes. Aquando da dispensa das substancias classificadas como estupefacientes ou psicotrópicas, descritas nas tabelas I-A, II-C e IV do Decreto-Lei nº15/93, de 22 de janeiro, a farmácia procede ao registo informático da seguinte informação que é automaticamente requisitada pelo sistema informático:

- 1) Identidade do utente ou do seu representante, que devem sempre fazer-se acompanhar da devida identificação (nome, data de nascimento, número e data do

bilhete de identidade, cartão de cidadão (CC) ou da carta de condução, ou, no caso de estrangeiros, do passaporte);

- 2) Identificação da prescrição;
- 3) Identificação da farmácia;
- 4) Identificação do medicamento, nomeadamente o número de registo e a quantidade dispensada;
- 5) Data de dispensa;

No caso da requisição ser efetuada através de prescrição eletrónica desmaterializada, o farmacêutico solicita ao utente a introdução do seu CC num dispositivo próprio. Se a receita for manual, ou eletrónica materializada o utente ou o seu representante deverá assinar o verso da receita de forma legível. (4)

No final do atendimento deve efetuar-se uma cópia das receitas que contenham psicotrópicos, anexando os 2 recibos emitidos pelo sistema informático, relativos à dispensa destes medicamentos. Todos os documentos referentes a psicotrópicos deverão permanecer na farmácia por um período de 3 anos. (4)

Em relação ao Controlo da dispensa de psicotrópicos e substâncias psicoativas, A SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, disponibiliza ao INFARMED, o acesso aos dados de prescrição e de dispensa das prescrições por via eletrónica que incluam estes medicamentos. Para além disso, a farmácia envia ao INFARMED por via informática a listagem mensal, retirada do próprio sistema informático das vendas até dia 8 de cada mês. Relativamente às receitas manuais, as farmácias enviam fotocópia da receita manual contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica dispensadas, ao INFARMED. Uma cópia em papel ou em suporte informático destas receitas deve também ficar arquivada na farmácia.

É ainda efetuado anualmente um mapa de balanço das entradas/saídas de psicotrópicos que é enviado para o INFARMED, até ao dia 31 de janeiro do ano seguinte, juntamente com uma listagem de produtos deste género que existe no início e no final do ano, sendo todos estes documentos, confirmados, carimbados e assinados pela Diretora Técnica.

### **3.4 Devoluções**

O processo de devolução de medicamentos e produtos de saúde que não cumpram as devidas especificações, permite assegurar o adequado fornecimento dos mesmos aos utentes.

Após a identificação e separação dos medicamentos e produtos a devolver, o gestor de receção efetua as respetivas devoluções onde se gera uma nota de devolução e, emite no final de cada mês uma listagem das notas de devolução por regularizar fazendo os contactos necessários de forma a assegurar a regularização dos créditos. O duplicado e original da nota

de devolução seguem devidamente datados, assinados e carimbados com o produto, e o triplicado fica na farmácia.

Relativamente às condições de devolução, os motivos de devolução possíveis são: prazo de validade reduzido, aproximação do final do prazo de validade, embalagem danificada, produto alterado, produto não encomendado, produto não faturado e outros.

São ainda devolvidos produtos que são retirados do mercado, esta é feita segundo circulares informativas ou portarias, provenientes do INFARMED, ou por circulares informativas, provenientes do armazenista ou do fornecedor. Estes produtos são prontamente postos de parte e devolvidos.

### **3.5 Armazenamento**

Os MSRM, suplementos e alguns dispositivos médicos são armazenados no robot, desde que o tamanho da embalagem seja geométrico. Medicamentos que apresentam dimensões incompatíveis com o robot por serem demasiado grandes, medidas divergentes (embalagens com formas assimétricas), ou embalagens frágeis como os xaropes são armazenados no back-office em locais devidamente identificados. Relativamente aos MNSRM e medicamentos de uso veterinário (MUV), estes são armazenados em locais do front-office podendo estar visíveis ao público ou não. Todos os excessos são devidamente arrumados no armazém como já foi anteriormente explicado.

Os produtos de frio, como já for referido anteriormente após a sua conferência são imediatamente armazenados no frigorífico, de forma a garantir a qualidade e estabilidade dos mesmos.

Relativamente às condições de armazenamento, as farmácias devem dispor de um sistema de medição e registo de temperatura e humidade, que permita monitorizar, registar e controlar as condições de conservação dos medicamentos. (2)

Este processo de medição, registo, monitorização e controlo das condições de preparação e conservação de medicamentos na FH permite assegurar o fornecimento dos mesmos em bom estado de conservação. Para isso a FH dispõe de termohigrómetros, dispositivos que permitem a mediação de temperatura e humidade ao longo das 24h em todas as áreas da farmácia afetas à preparação ou armazenamento de medicamentos e outros produtos. Depois procede-se à leitura e registo informático dos valores de temperatura e humidade registados pelos aparelhos. A temperatura deve encontrar-se abaixo de 25 ° C e humidade abaixo de 60% o que vem de acordo com os RCM da generalidade dos medicamentos.

Esta tarefa deve ser realizada uma vez por semana, sendo necessário justificar a ocorrência de eventuais picos dos parâmetros em registo fora dos intervalos aceitáveis, quando isto



acontece devem-se adotar medidas de caráter corretivo e preventivo, no sentido de manter os valores de temperatura e humidade dentro de valores ótimos. Estes registos devem permanecer na farmácia durante 3 anos.

### **3.6 Controlo do prazo de validade e stocks**

Os medicamentos armazenados no robot são avaliados mensalmente, através da listagem de controlo de validade fornecida pelo SIF2000. É necessário retirar todas as embalagens presentes na listagem do robot e separar as embalagens com validade superior a 3 meses das embalagens com validade igual ou inferior a 3 meses. As embalagens com validade superior a 3 meses introduzem-se novamente no robot. As restantes embalagens são separadas fisicamente e encaminhadas para o gestor de receção que trata da sua devolução. Em relação aos medicamentos e produtos armazenados no exterior do robot procede-se de maneira semelhante através da verificação dos prazos de validade e separação das embalagens. Os produtos para devolução por aproximação/termino do prazo de validade são armazenados em local específico e devidamente identificados até que a devolução possa ser feita aos fornecedores em questão. A verificação dos produtos armazenados fora do robot é feita nos meses de fevereiro, maio, agosto e novembro.

Os MUV devem ser devolvidos 4 meses antes de expirarem o seu prazo de validade, os produtos alimentares devem se devolvidos no próprio mês e as tiras de glicémia, devem ser devolvidas 5 meses antes de terminarem o prazo.

No decorrer do meu estágio na FH tive oportunidade de realizar todos estes procedimentos uma vez que os dois primeiros meses de estágio foram dedicados às tarefas de Back-office, que estão por detrás de um atendimento de qualidade.



## 4 Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

A farmácia é muitas vezes o primeiro local que o utente se desloca para pedir ajuda e aconselhamento. A proximidade com a comunidade, a confiança e os seus conhecimentos fazem do farmacêutico o profissional de saúde eleito para o primeiro contacto em casos de situações clínicas ligeiras. Desta forma, o farmacêutico tem de estar preparado para responder as dúvidas que surgirem, corresponder a confiança depositada e promover o uso correto dos medicamentos.

No entanto, este também é considerado o último local onde os cuidados de saúde são prestados ao utente, através da dispensa do medicamento. Sendo necessário que o farmacêutico verifique a adequabilidade do tratamento e incentive ao uso correto da medicação.

Em todas as situações é necessário que o farmacêutico cumpra diversas etapas para realizar um atendimento de excelência. Mesmo antes da entrada do cliente na farmácia, devemos estar preparados através dos computadores ligados, boa apresentação geral e limpeza e arrumação do balcão. Quando o utente chega à farmácia, o acolhimento deste utente deve ser baseado numa comunicação eficiente, iniciando-se esta com uma escuta ativa. O saber ouvir significa haver uma concentração total no utente em questão. Através de uma escuta ativa, podemos identificar as necessidades e assim oferecer a melhor solução. O farmacêutico deve influenciar o utente na escolha do produto/medicamento através da informação sobre o mesmo e do conhecimento do problema, de forma a que a solução sugerida seja a melhor e mais eficaz. Esta etapa depende em muito da empatia gerada durante o primeiro contacto farmacêutico-utente.

O aconselhamento sob o produto/medicamento é uma questão também da maior importância, promovendo a adesão à terapêutica e o seu uso correto esta etapa é também alcançada com um maior sucesso, através de uma comunicação assertiva e da empatia alcançada. A comunicação é essencial que nesta etapa não seja apenas oral, mas também escrita. Por último e não menos importante é a despedida que deve procurar a cada utente um motivo para voltar, como forma de fazer o seguimento da situação clínica do utente.

Assim além dos conhecimentos técnico-científicos, o farmacêutico deve desenvolver capacidades de comunicação e de sensibilidade para exercer a sua profissão da melhor forma possível.

Devem ainda ser sempre tidos em conta os princípios éticos de acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, é fundamental que em cada atendimento, o farmacêutico tenha atenção às individualidades de cada utente, a linguagem utilizada deve

ser clara, garantindo que, toda a informação é percebida corretamente e reforçada com informação escrita.

Após ter observado atentamente vários atendimentos que demonstraram o acima referido fiz os primeiros atendimentos, sob supervisão. Foi nesta etapa do meu estágio que melhor pude integrar os conhecimentos adquiridos ao longo destes anos em frequentei o MICF e que melhor pude perceber o papel do farmacêutico na comunidade.

## 5 Dispensa de medicamentos

A dispensa de medicamentos é a principal atividade prestada pelo farmacêutico comunitário, esta acarreta uma grande responsabilidade na cedência dos medicamentos ao utente. Sendo da sua responsabilidade garantir que o doente recebe a medicação correta e todas as informações relevantes acerca da forma de administração, posologia, reações adversas, interações medicamentosas e contraindicações referentes aos medicamentos dispensados. O farmacêutico deve garantir a máxima qualidade das atividades que presta, direcionando o utente para um uso racional, seguro e correto do medicamento. Além disso, deve adotar uma postura profissional e segura com uma linguagem simples, clara e apropriada, assegurando-se que a informação transmitida foi completamente compreendida e assimilada.

### 5.1 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Os MSRM apenas podem ser cedidos com a apresentação da respetiva prescrição médica, assim é importante que a receita apresentada seja válida. Há dois tipos de apresentação de receitas: as eletrónicas (estas podem vir em papel ou ser desmaterializadas) e as manuais.

Para que uma receita eletrónica (em papel) seja considerada válida, tem de ter a presença dos seguintes elementos:

- 1) Número da receita;
- 2) Local de prescrição ou respetivo código;
- 3) Identificação do médico prescriptor, incluindo o número de cédula profissional e, se for o caso, a especialidade;
- 4) Nome e número de utente;
- 5) Entidade financeira responsável e número de beneficiário, acordo internacional e sigla do país, sempre que se justifique;
- 6) No caso de um regime especial de participação de medicamentos, este também deve ser referido, por exemplo, sempre que a prescrição se destine a um pensionista abrangido pelo regime especial de participação, deve constar na receita a sigla «R» junto dos dados do utente, assim como se a prescrição se destinar a um utente abrangido por um regime especial de participação de medicamentos em função de patologia, deve constar na receita a sigla «O» junto dos dados do utente, sendo ainda obrigatória, no campo da receita relativo à designação do medicamento, a menção ao despacho que consagra o respetivo regime;
- 7) Denominação comum internacional da substância ativa;
- 8) Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagens;
- 9) Se aplicável, denominação comercial do medicamento;
- 10) Código nacional de prescrição eletrónica de medicamentos (CNPEM);
- 11) Data de prescrição;

- 12) Duração da validade da receita;
- 13) Assinatura do prescriptor; (4)

Segundo o disposto na Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio em cada receita médica só podem ser prescritos até quatro medicamentos diferentes, sendo que o número de embalagens não pode ultrapassar as duas, por medicamento, exceto nas embalagens individuais onde é permitida a dispensa de quatro embalagens. Os medicamentos classificados como psicotrópicos, estupefacientes, manipulados e produtos do protocolo da diabetes têm que ser prescritos em separado, não podem constar na receita onde estejam presentes outros medicamentos. (4)

No dia 1 de abril de 2016 tornou-se obrigatória, em todo o sistema nacional de saúde (SNS), segundo o disposto no Despacho n.º 2935-B/2016 - Diário da República n.º 39/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-02-25 a receita eletrónica desmaterializada (Anexo VI).

Este modelo eletrónico permite, a prescrição, em simultâneo, de diferentes tipos de medicamentos, ou seja, a mesma receita poderá incluir fármacos comparticipados com tratamentos não comparticipados. Este sistema traz vantagens para o utente, já que todos os produtos de saúde prescritos são incluídos num único receituário, o que antes não acontecia.

No ato da dispensa nas farmácias, o utente pode optar por aviar todos os produtos prescritos, ou apenas parte deles, sendo possível levantar os restantes em diferentes estabelecimentos e em datas distintas, desde que a receita se encontre dentro do prazo de validade. (27)

A desmaterialização da receita assenta num processo mais eficaz e seguro de controlo de emissão e dispensa. A Receita sem Papel inclui um “Código de acesso e dispensa” fornecido apenas ao utente, para validação da dispensa dos fármacos. O processo inclui ainda um “Código de Direito de Opção”, permitindo nos casos em que se aplique, ao utente optar por um medicamento genérico. Estes códigos são dados necessários à farmácia para poder efetuar a dispensa dos medicamentos.

Neste tipo de prescrição, o utente pode incluir o seu contacto telefónico ou e-mail para que lhe possa ser enviado o código de dispensa e dos direitos de opção. No ato da consulta terá a possibilidade de receber o guia de tratamento em suporte papel, ou optar por recebê-lo através de email, e ainda aceder e consultá-lo na Área do Cidadão, desde que esteja registado. Em relação às receitas manuais, apesar de todas as imposições legais, estas ainda são frequentes. Nas receitas manuais devem estar presentes os seguintes elementos:

- 1) Vinheta identificativa do local de prescrição;
- 2) Vinheta do médico prescriptor;

- 3) Identificação da especialidade médica, se aplicável, e contacto telefónico do prescriptor;
- 4) Identificação das exceções;
- 5) Nome e número de utente;
- 6) Referência ao regime especial de comparticipação, sempre que for justificável.
- 7) Denominação comum internacional da substância ativa (DCI);
- 8) Assinatura do prescriptor; (4)

Existem ainda medicamentos de receita médica especial (prescrição de psicotrópicos ou estupefacientes e substâncias novas ainda pouco estudadas), e Medicamentos de receita médica restrita são sujeitos a esta receita os medicamentos cuja utilização deva ser reservada a certos meios especializados, nomeadamente aos medicamentos de uso exclusivo hospitalar, ou em uso ambulatorio, mas que a sua utilização possa causar efeitos adversos muito graves.

Quanto à dispensa de medicamentos psicotrópicos e segundo a legislação vigente, as substâncias que constam nas tabelas I e II do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, apenas podem ser dispensadas ao público, mediante apresentação de receita médica especial com as especificidades constantes no diploma regulamentar, de acrescentar ainda que as substâncias compreendidas na tabela IV do mesmo decreto lei, podem também ser sujeitas a receita médica especial sempre que a saúde possa ser posta em causa. As receitas que não obedeçam às condições previstas na lei, e se após a data de emissão já tiverem decorrido mais de 10 dias, o farmacêutico deve recusar a dispensa dos medicamentos prescritos. (6)

Assim, na dispensa de prescrições médicas é muito importante seguir um procedimento para que garantir que as prescrições são dispensadas de uma forma segura e eficiente, e não ocorrem erros. Para isso o farmacêutico deve ter a maior atenção a todos os componentes da receita e verificar a veracidade e validade da prescrição, no entanto tudo isto deve ser avaliado de uma forma rápida.

Sempre que possível deve haver lugar para um diálogo com o utente, onde após prévia interpretação do tipo de tratamento, das intenções do prescriptor e qual o problema de saúde, se deve tirar todas as duvidas ainda existentes para que o utente fique completamente esclarecido no diz respeito à terapêutica. (1)

Ainda no âmbito da Dispensa de MSRM é importante referir que existem diversos regimes de comparticipação, sendo que o mais abrangente o regime de comparticipação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que corresponde ao organismo 01, este aplica-se a uma determinada lista de medicamentos e abrange toda a população. O que acontece nos regimes de comparticipação, é que, uma percentagem do PVP do medicamento é paga pela entidade(s) participante(s), sendo o restante pago pelo utente.

No caso do utente beneficiar de uma comparticipação complementar por parte de outro organismo, a outra entidade paga uma percentagem acrescida ao valor já pago pelo SNS, caso a percentagem suportada por este seja inferior a 90%. Nas situações onde foi necessário aplicar regimes complementares de comparticipação é sempre necessário que o utente apresente o seu cartão de beneficiário que deve coincidir com o nome do utente na receita, no caso das receitas desmaterializadas apenas é necessário tirar uma cópia em A5 do cartão à qual se junta o comprovativo onde o utente deve assinar permanecendo estes documentos na farmácia para serem processados com o restante receituário, no caso das receitas tanto as manuais ou informáticas em papel deve-se tirar um cópia da receita e no verso desta digitalizado o documento de beneficiário do utente.

Existem ainda regimes específicos para utentes que sofram de determinadas patologias crónicas, como por exemplo diabetes mellitus a doença de Alzheimer, lúpus e hemofilia que são abrangidos por Portarias que lhes conferem uma comparticipação especial.

### **5.1.1 Projeto-Piloto TARV (Terapêutica Anti-Retrovírica)**

O Programa do XXI Governo prevê que as farmácias possam desempenhar iniciativas de saúde pública e a dispensa de medicamentos apenas disponíveis em hospitais. Desse modo foi criado um projeto-piloto que visa a dispensa de anti-retrovíricos nas farmácias.

O piloto da dispensa destes medicamentos nas farmácias comunitárias tem uma duração prevista de 12 a 18 meses, e poderá envolver até 380 doentes e será sujeito a uma avaliação externa do Business School do Imperial College London, com o objetivo de aferir as mais-valias da intervenção farmacêutica e a satisfação dos doentes (em paralelo haverá também uma avaliação pelo consórcio de investigação CEMBE/CEA/CEFAR). Em função dele, haverá uma futura decisão e modelo de remuneração da dispensa destes medicamentos em farmácia comunitária.

A participação das farmácias do distrito de Lisboa é voluntária, mas obriga a formação específica. Deste projeto-piloto é importante realçar alguns pontos:

- ✓ A privacidade e confidencialidade destes doentes deve ser sempre garantida, pois infelizmente ainda há muito estigma associado a doentes infetados com VIH. É importante nunca comprometer a privacidade do utente. Por isso palavras como SIDA, HIV, anti-retrovíricos, etc. não devem usadas ao balcão. Se necessário deve ser utilizado o Gabinete do Utente para poder haver uma conversa privada.
- ✓ A TARV é entregue em banheira única e a Guia/Fatura é entregue em mão na farmácia. A Guia/Fatura deve ser assinada pelo elemento da farmácia que recebe e pelo motorista do distribuidor.
- ✓ A receção da TARV é feita segundo o processo habitual de receção de encomendas.



- ✓ Se algum utente escolher a FH como sua Farmácia de residência para poder vir levantar a sua terapêutica, apenas os farmacêuticos que concluírem todos os módulos de formação até à data poderão dispensar a medicação (o utente será informado sobre quais são os farmacêuticos responsáveis pelo projeto).

Este foi um programa que entrou em vigor há muito pouco tempo e do qual a FH escolheu participar, infelizmente no decorrer do meu estágio não tive a possibilidade de observar este tipo de procedimento nem contactar com nenhum dos medicamentos visados.

## **5.2 Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica**

Os MNSRM são medicamentos que não necessitam de prescrição médica para a sua aquisição. Podendo ser livremente pelos utentes em farmácias e parafarmácias.

Aqui o papel do farmacêutico passa essencialmente pelo aconselhamento sendo também neste campo que o farmacêutico fica livre, para exercer os seus conhecimentos, podendo selecionar o MNSRM com a indicação terapêutica que permita aliviar ou resolver um problema de saúde menor apresentado pelo utente.

Estes são medicamentos que se incluem nas situações passíveis de automedicação. Nesta situação, o farmacêutico deve orientar e aconselhar, ou não a medicação solicitada, devendo para isso, assegurar-se de que possui informação suficiente para conseguir avaliar o problema em questão. Caso o farmacêutico após avaliar os sintomas, duração dos mesmos, ou se já foi tomada alguma medida para travar/aliviar a situação, e o farmacêutico conclua que esta não é grave, deverá ser dada informação adequada ao utente, e assegurando sempre que utente realize a medicação sob uma indicação adequada e segundo o uso racional do medicamento. (1)

Neste âmbito, existe uma lista de situações passíveis de automedicação, descritas no Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, que deverá ser consultada e cumprida aquando de uma situação de automedicação. (8)

Assim a cedência de medicamentos por indicação farmacêutica, é da responsabilidade do farmacêutico a seleção de um MNSRM ou de um tratamento não farmacológico com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde de caráter não grave, autolimitante, de curta duração e que não apresente relação com outros problemas de saúde do utente. (1)

Durante o período de estágio deparei-me várias vezes com situações deste género, até porque a época é propícia, uma vez que no Inverno existe sempre um grande pico de doenças sazonais e a uma grande afluência à farmácia, quer em busca do conselho farmacêutico quer devido a situações mais graves em principio já tratadas. As situações mais relatadas passam por dores de garganta e /ou febre, alergias, obstipação, diarreia, eczemas e alergias na pele

e sintomas de conjuntivite. Nestas situações, ouvi atentamente os sintomas do utente, e tentei sempre fazer perguntas direcionadas que permitam o despiste de outros problemas e adequadas à situação do utente, tendo culminado este processo na escolha do produto ou MNSRM mais adequado.

## 6 Dispensa e Aconselhamento de outros Produtos de Saúde

### 6.1 Dermocosmética e Higiene Corporal

Define-se produto cosmético por “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”.  
(9)

Estes produtos classificam-se em:

- 1) Cremes, emulsões, loções, leites, geles e óleos para a pele, com formulações específicas para cada tipo de pele, inclusive com formulação anti manchas, para pele sensível, acneíca e/ou oleosa, seca ou mista, com ou sem ação antirrugas;
- 2) Máscaras de beleza (com exclusão de produtos abrasivos da superfície da pele por via química);
- 3) Produtos para maquilhagem, pós, bases, desmaquilhantes de rosto e olhos;
- 4) Produtos para cuidado e maquilhagem das unhas;
- 5) Talcos e pós para higiene corporal;
- 6) Sabonetes;
- 7) Perfumes, águas de toilette e águas-de-colónia;
- 8) Depilatórios;
- 9) Desodorizantes e anti-transpirantes;
- 10) Produtos capilares: Tintas, produtos específicos para cada tipo de cabelo, desde champôs, condicionadores, máscaras, produtos de manutenção do cabelo (loções, cremes e óleos), produtos para penteados (loções, lacas);
- 11) Produtos para barba (cremes, espumas, loções);
- 12) Produtos para aplicação e cuidado dos lábios;
- 13) Produtos de higiene oral;
- 14) Produtos para cuidados íntimos, de uso externo;
- 15) Produtos para proteção solar, autobronzeadores e cuidados pós solares; (10)

A FH possui todas estas categorias de produtos, que se encontram disponíveis para venda em farmácias, sendo que dermocosmética e produtos de higiene representa na FH um dos sectores predominantes, encontrando-se este dividido por marcas e categorias. Para efetuar um bom aconselhamento além de um bom conhecimento sobre estes produtos, é necessário saber efetuar o melhor direcionamento possível de acordo com o tipo de problema subjacente.

Ao longo da minha experiência ao balcão as situações em que me foram pedidos conselhos sobre estes produtos forma mais que muitas até porque a FH faz uma promoção ativa dos produtos e marcas com os com os quais trabalha, bem como diversos rastreios e ações de divulgação.

## **6.2 Suplementos alimentares**

Os suplementos alimentares são preparações que complementam o regime alimentar e fornecem nutrientes, como vitaminas, minerais, aminoácidos, ácidos gordos, entre outros, com o intuito de obter um efeito nutricional ou fisiológica. A autoridade competente para a regulação destes produtos é a Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV).

Este tipo de produtos é muito procurado em farmácias, bem como o seu aconselhamento durante período estágio, dispensei-os por diversas vezes para as mais variadas situações, fadiga, emagrecimento, suplementação na gravidez, dores articulares, entre outros. No aconselhamento de suplementos alimentares é essencial compreender se a adequação do suplemento e fim a que se destina, uma vez que existem diversos tipos de suplementos para os mais variados fins e idades.

Existem ainda na FH diversos produtos designados de nutrição especial. São considerados de “alimentação especial” os géneros alimentícios que devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem dos alimentos ditos normais e contêm características que se adaptam às necessidades nutricionais especiais de determinadas categorias de pessoas. Esta alimentação especial destina-se a pessoas cujo processo de metabolismo se encontre afetado, como por exemplo o síndrome de má absorção, ou indivíduos que se encontram em condições fisiológicas especiais bem como lactentes e crianças pequenas. (11)

## **6.3 Fitoterapia e produtos homeopáticos**

A fitoterapia é o uso de plantas medicinais para prevenir ou curar doenças. Considera-se uma medicina complementar, alternativa ou tradicional. Os medicamentos à base de plantas diferem dos produtos fitoterapêuticos pelo isolamento de um composto ativo a partir de uma planta, enquanto a fitoterapia tem como objetivo manter a complexidade das substâncias presentes na planta. (24)

É por definição um medicamento à base de plantas “qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas”. (25)

Segundo o Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, é considerado medicamento homeopático “medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios”. (25)

Durante o decorrer do estágio pude verificar que estes produtos se encontram em crescimento no setor farmacêutico especialmente produtos destinados ao alívio dos estados gripais e seus sintomas como é o caso do Oscilloccinum® ou o xarope Stodal® para alívio da tosse.

Na fitoterapia uma das gamas com maior relevância foi provavelmente a gama das Arkocápsulas®, toda à base de plantas, ou produtos para ajudar a regular o sono como Valdispert®, na gama das Arkocápsulas® uma das principais limitações encontradas e que muitas vezes levou o utente a desistir do produto foi a sua posologia pouco cómoda, uma vez que exige muitas tomas diárias e os utentes procuram por alternativas mais simples. No entanto estes produtos constituem uma ótima alternativa aos Antibióticos, anti-inflamatórios e outros medicamentos.

## **6.4 Puericultura**

A Puericultura diz respeito a todos os artigos destinados ao bebé, onde se encontram os produtos de cosmética, cuidados de higiene, chupetas, biberons, brinquedos, produtos de alimentação especial, como leites de substituição e papas. Todos estes produtos, além de serem divididos por idades, podem também ter diferentes finalidades, e é muito importante saber aconselhar mãe sobre qual o produto mais adequado para o bebé, ou para ela própria.

O aleitamento materno é a forma mais natural e saudável de alimentar os lactentes, apresentando inúmeras vantagens para o bebé, nomeadamente previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias e vários estudos demonstram que tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente das causadas pelas proteínas do leite de vaca e promove uma melhor adaptação a outros alimentos. (26)

No entanto, em situações que impossibilitam o aleitamento, como a falta de leite da mãe, existe a necessidade de alimentar o bebé com produtos dietéticos desenvolvidos para garantir as necessidades nutricionais adequadas. Os leites que têm em conta a idade do lactente, dividem-se em: “1” os leites que se podem dar desde o nascimento, “2” a partir dos 6 meses de idade, “3” a partir dos 10 meses, “4” aos 12 meses e “5” a partir dos 24 meses. Aqueles que têm em conta as necessidades específicas - leites com formulações específicas, que suplementam necessidades como uma necessidade nutricional específica, prematuridade, problemas intestinais, como cólicas, obstipação, diarreia, regurgitação, intolerâncias e alergias alimentares.

Em relação às papas, estas estão identificadas na embalagem com a idade a partir da qual se pode dar à criança, bem como se é preparada com água ou com leite, ou se é para biberão. Existem também as papas sem lactose, que deverão ser indicadas para lactentes com intolerâncias e/ou alergias alimentares.

Deve ser tido um cuidado especial no aconselhamento de leites substitutos de leite materno especialmente nos lactentes de menor idade, uma vez que existe um risco acrescido de desenvolvimento de hipersensibilidade e alergias.

## 6.5 Dispositivos Médicos

Segundo o Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, dispositivo médico compreende “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:

- i. Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;
- ii. Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
- iii. Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;
- iv. Controlo da conceção”. (12)

Os dispositivos médicos classificam-se nas classes I, IIa, IIb e III, tendo em conta a vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico. Na farmácia comunitária podem existir os dispositivos médicos descritos no Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de junho, com exceção dos dispositivos médicos para ensaios clínicos, implantáveis ativos, destinados à investigação clínica, invasivos de tipo cirúrgico. Podem também existir dispositivos para diagnóstico in vitro e para autodiagnóstico, com exceção dos dispositivos para diagnóstico in vitro de utilização restrita. (12,13) Todos estes produtos têm impresso na cartongagem a identificação de “dispositivos médicos CE”, e são regulados por diretivas europeias.

Assim sendo, dispositivos médicos definem-se como instrumentos de saúde destinados a serem utilizados de modo semelhante aos medicamentos. Prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana são algumas das funções comuns a ambos, embora os dispositivos médicos devam atingir os seus fins por meios mecânicos e não através de mecanismos que se traduzam em ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas, devem assim atuar por meios mecânicos. (14)

Os dispositivos médicos mais solicitados na FH são: pensos, compressas, adesivo, testes de gravidez, seringas, tiras e dispositivos para medição da glicémia, produtos da Aboca (uma vez que exercem o seu efeito por meios mecânicos e não farmacológicos, são considerados dispositivos médicos tipo IIa).

## **6.6 Medicamentos de Uso Veterinário**

Segundo o Decreto-Lei n.º 314/2009, de 20 de outubro, MUV designa-se por “toda a substância, ou associação de substâncias apresentada, como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doença em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”. (15) Estes devem vir identificados através da impressão «USO VETERINÁRIO» em fundo verde na cartanagem, bem como a menção «Manter fora do alcance e da vista das crianças» estes não podem beneficiar de qualquer participação por parte do estado. (16,17)

Para este tipo de medicação existe um modelo de receita que deve ser utilizado pelos médicos veterinários para a prescrição de medicamentos veterinários sujeitos a prescrição. Este modelo de receita vem em triplicado, assim, um exemplar fica com o veterinário, outro com o utente e o original é entregue na farmácia.

Nas situações em que surgem prescrições veterinárias com medicamentos de uso humano, é necessário arquivar a receita e o respetivo talão como comprovativo da cedência do medicamento, especialmente quando se tratam de AB e medicamentos psicotrópicos.

Os MUV que mais solicitados são essencialmente antiparasitários internos e anticoncepcionais, destinados a animais de companhia.





## 7 Preparação de medicamentos Manipulados

Embora o volume de medicamentos manipulados tenha diminuído brutalmente nas últimas décadas, devido ao processo de industrialização, ainda é possível observar algumas prescrições deste tipo.

Durante o período de estágio tive oportunidade observar e auxiliar a preparação de um produto manipulado, neste caso, uma solução de ácido bórico à saturação, para limpeza do canal auricular. Na FH apenas são preparados medicamentos manipulados muito simples, como foi o caso da solução de ácido bórico, na maior parte das vezes, sempre que chegam à FH prescrições de medicamentos manipulados, estes são encomendados a uma farmácia especializada na preparação de medicamentos manipulados e homeopáticos, a Farmácia Martins, sendo estes depois entregues através do fornecedor.

Segundo a Portaria nº 594/2004 de 2 de junho, medicamento manipulado define-se como “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”. Designa-se por fórmula magistral, “o medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina”. Por sua vez, o preparado oficial define-se por “qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço”. (18)

A preparação de manipulados deve basear-se no Formulário Galénico Português, na Farmacopeia Portuguesa, e na prescrição ou noutras fontes bibliográficas adequadas; de forma a que sejam seguidos procedimentos de manipulação normalizados e que respeitem as boas práticas de preparação de medicamentos manipulados. (7,18)

Medicamentos manipulados têm de ser prescritos isoladamente em receita do tipo MM, e em primeiro lugar deve conter a designação “manipulado” ou “FSA” (faça segundo a arte) para que possa ser feita a devida comparticipação.

A preparação de medicamentos manipulados, é da responsabilidade do diretor técnico da farmácia, ainda que possa ser preparado por outro farmacêutico, sempre sob a sua supervisão. Esta função pode ser delegada a um farmacêutico-adjunto, devendo constar sempre por escrito a delegação desta função. (18)

O laboratório deve conter determinados materiais/equipamentos, de acordo com o anexo da Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de Dezembro, nomeadamente alcoómetro, balança de precisão, banho de água termostaticado, cápsulas de porcelana, copos de várias capacidades,

espátulas metálicas e não metálicas, funis de vidro, erlenmeyers de várias capacidades, papel de filtro, papel indicador pH universal, pedra para a preparação de pomadas, pipetas graduadas de várias capacidades, provetas graduadas de várias capacidades, tamises FVII, com abertura de malha 180 µm e 355 µm, termómetro e vidros de relógio. (19)

Além do material de laboratório necessário à preparação de medicamentos manipulados, são também necessárias matérias-primas. Estas são armazenadas devidamente identificadas, contendo no seu rótulo a identificação da matéria-prima, a identificação do fornecedor, o número do lote, as condições de conservação, as precauções de manuseamento e o prazo de validade. (18)

Os manipulados efetuam-se com base nas boas práticas na preparação de medicamentos manipulados, descritas na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, disponíveis na FH, para consulta num dossier destinado ao arquivo de todos os documentos relativos à preparação de medicamentos manipulados (6). Tendo sido estas respeitadas.

Para a preparação é necessária uma ficha de preparação do medicamento manipulado, onde se regista os dados correspondentes a cada manipulado. Estes dados incluem a denominação do medicamento manipulado, nome e morada do doente, nome do prescritor, número de lote atribuído ao medicamento preparado, descrição do modo de preparação, registo dos ensaios dos controlos efetuados, prazo de validade, condições de conservação, cálculo do preço de venda ao público, rubrica e data de quem preparou e de quem supervisionou a preparação do medicamento manipulado. (7,18)

O cálculo do preço de venda ao público é feito de acordo com o legislado na portaria n.º 769/2004, de 1 de julho, definindo o valor dos honorários da preparação, o valor das matérias-primas e o valor dos materiais de embalagem. O valor do honorário tem por base um fator, que é atualizado anualmente.

A ficha de preparação, uma cópia da receita, uma cópia do rótulo, são arquivados num dossier e ficam disponíveis para consulta sempre que necessário.

## 8 Serviços Prestados na FH

As farmácias podem prestar serviços farmacêuticos de promoção da saúde e de bem-estar dos utentes, segundo o disposto no decreto lei 307, de 1 de agosto de 2007.

Os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pela farmácia e são: apoio domiciliário, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, programas de cuidados farmacêuticos, campanhas de informação e colaboração em programas de educação para a saúde. (20)

A FH tem para oferecer aos seus utentes diversos serviços: acompanhamento farmacoterapêutico, administração de vacinas e medicamentos injetáveis, consulta do pé, consultas de nutrição, medição de pressão arterial e medição de parâmetros bioquímicos sendo eles (glicémia, colesterol total, colesterol HDL, PSA, triglicéridos, ácido úrico e INR) Durante o estágio tive oportunidade observar e realizar a medição de alguns destes parâmetros de acordo com as normas e protocolos estabelecidos para cada teste e afixados na zona onde são feitas as medições de forma a evitar tanto quanto possível erros de operador.

A consulta Nutrição é feita por uma nutricionista que se desloca duas vezes por semana para a realização das mesmas. A consulta do pé é feita por uma enfermeira especializada em podologia uma vez por semana. Existe ainda a consulta de cessação tabágica que é feita por uma farmacêutica com formação nessa área.

No que diz respeito à administração de injetáveis, só os farmacêuticos com formação creditada pela OF podem administrar injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação.

Todos estes serviços são realizados no gabinete do utente, um espaço adequado e devidamente equipado. Aos serviços prestados pela FH há ainda a acrescentar as campanhas de informação, e rastreios realizados periodicamente, a fim de sensibilizar a comunidade para determinada problemática.

A FH realiza ainda campanhas de informação e colaboração em programas de educação para a saúde. Durante o estágio participei por duas ocasiões neste tipo de campanhas feitas junto das escolas de ensino básico e infantários da Póvoa tendo sido uma das formações sobre piolhos e a outra sobre a importância da higiene oral.



## 9 VALORMED

O VALORMED é uma sociedade gestora de resíduos sem fins lucrativos. Esta sociedade tem a responsabilidade de gestão de resíduos de embalagens vazias, medicamentos fora do prazo de validade, medicamentos não utilizados, elementos vazios ou com restos (blister, ampolas, bisnagas e frascos) e ainda medicamentos de uso veterinário e de utilização em explorações agrícolas. (21) Para a recolha destes resíduos a FH dispõem de um contentor onde se faz a recolha destes, quando este se encontrar cheio, deve-se fechar devidamente o contentor, identificar o nome da farmácia, o peso do contentor, e rúbrica do responsável pelo fecho. O armazenista durante a recolha identifica o seu número, a data de recolha e rubrica. O duplicado da guia de remessa permanece na farmácia, o triplicado no armazenista e o original remete para a VALORMED no caso da FH, os contentores são recolhidos via Plural, seguindo depois para um centro de triagem, onde os resíduos são separados e classificados para posteriormente sofrerem reciclagem ou incineração. (21)



## 10 Farmacovigilância

A farmacovigilância tem como principal objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos comercializados no nosso país

Assim o farmacêutico, no âmbito da farmácia comunitária assume um lugar privilegiado de contacto com a comunidade e deve estar atento e comunicar toda e quaisquer suspeitas de reações adversas aos medicamentos (RAM) de que tenha conhecimento e que possam estar associadas ao efeito dos medicamentos.

Quando o farmacêutico se depara com uma possível situação de RAM, não referida no RCM do medicamento, deve identifica-la e notificar ao Sistema Nacional de Farmacovigilância, através do preenchimento de um formulário, e envio às autoridades de saúde competentes através do INFARMED. No preenchimento desse formulário, o farmacêutico deve descrever informação relativa a:

- 1) Reação adversa (sinais e sintomas), duração, gravidade e evolução;
- 2) Relação dos sinais e sintomas com a toma dos medicamentos;
- 3) Medicamento suspeito;
- 4) Data de início e de suspensão do medicamento, lote, via de administração e indicação terapêutica;
- 5) Outros medicamentos que o doente esteja a tomar (incluindo os medicamentos não sujeitos a receita médica) (1);

É importante ainda referir os medicamentos sujeitos a monitorização adicional, estes medicamentos são monitorizados atentamente pelas autoridades e necessitam de uma maior atenção da parte dos profissionais de saúde. Esta monitorização adicional pode ser: por conter uma nova substância ativa autorizada na Europa após 1 de janeiro de 2011, tratar-se de um medicamento biológico, como uma vacina ou um medicamento derivado do sangue, e para o qual existem ainda poucas informações na pós-comercialização e efeitos a longo prazo; por ser concedida uma autorização condicionada, (sendo a farmacêutica que comercializa o medicamento obrigada a fornecer mais dados e informações sobre o mesmo), ou a realizar mais estudos para fornecer mais dados relativos à utilização a longo prazo do medicamento; ou ainda a um efeito secundário raro observado nos ensaios clínicos. (22) Estes medicamentos são identificados através um triângulo preto invertido no Folheto Informativo (FI) e no RCM.





# 11 Gestão e Contabilidade

Uma das funcionalidades mais importantes que também se prende com a farmácia, e como qualquer outro serviço que esteja aberto ao público, é uma gestão e contabilidades eficientes.

Esta é realizada no final de cada mês assim por uma contabilista que com ajuda do gestor de back-office, que tem acesso a todos os documentos e informações necessárias para que toda a contabilidade se processe conforme a lei. Assim é necessário proceder à verificação de todas as faturas dos fornecedores, que vêm listadas num resumo, enviado pelos mesmo, este pode ser enviado semanalmente (no caso da Plural) ou mensalmente (no caso da Botelho & Rodrigues), e confirmação da presença de todas as faturas na farmácia se alguma estiver em falta é procurado o duplicado da mesma no sistema e informático, impressa e junta com as restantes, em última análise pode ser solicitado ao fornecedor para novo envio da fatura. Além disso, procede-se à verificação de todas as vendas efetuadas no mês corrente. Por último, realiza-se todos os pagamentos que não são feitos por débito direto, isto acontece no caso das encomendas diretas aos laboratórios.

O farmacêutico deve também ter noções básicas de contabilidade para poder efetuar as tarefas relativas à gestão de uma farmácia, e saber distinguir os principais documentos contabilísticos como faturas, guias de remessa, resumos, notas de devolução, notas de crédito, entre outros. Uma fatura é o documento onde vem especificado o tipo de produtos, a quantidade, preço com e sem IVA e as respetivas taxas de IVA. Esta deve ser sempre conferida assim que chega à farmácia e pode ou não vir com a encomenda, pois o documento que se faz sempre acompanhar da encomenda desde o fornecedor até à farmácia é a guia de remessa, que permite também conferir a encomenda.

Uma nota de devolução, é um documento emitido pelo SIF2000 e nele consta a identificação da farmácia, o número da nota de devolução, a identificação do fornecedor, os produtos e as respetivas quantidades dos mesmos a devolver, os preços de venda e de custo, a taxa de IVA e o motivo de devolução. O fornecedor após receber a nota de devolução emite à farmácia uma nota de crédito que não é mais do que um documento onde vem discriminado o produto (s) devolvidos e o valor dos mesmos a devolver a farmácia.

Quando existem produtos na farmácia que não são aceites para devolução, são processados como quebras, podendo assim a farmácia pode reaver o IVA do produto, segundo a circular informativa nº 2452/2015, emitida pela ANF, a farmácia envia uma listagem das quebras endereçada ao chefe da repartição das finanças, e esta entidade tem 10 dias úteis para se dirigir à farmácia conferir a lista, no final de cada ano, a farmácia efetua um inventário, onde discrimina todos os produtos existentes, sendo depois disponibilizado à contabilista. No final

de cada ano civil, o contabilista deve efetuar um balanço de todos os bens, dividas à farmácia, dividas da farmácia, de modo a apurar-se a situação financeira desta.

No decorrer do estágio também tive contacto com esta parte de gestão dos documentos contabilísticos, através da organização de faturas, notas de devolução, notas de créditos, sua conferência através dos resumos, e posterior arquivamentos. Todos os documentos contabilísticos e fiscais têm de permanecer na farmácia durante os 10 anos seguintes. Estes devem ficar devidamente organizado e arrumados caso se verifica alguma fiscalização por parte das Autoridades competentes.

No final de cada ano civil, o contabilista deve efetuar um balanço de todos os bens, dividas à farmácia, dividas da farmácia, de modo a apurar-se a situação financeira da mesma.

## 12 Processamento do Receituário

### 12.1 Verificação do receituário

Durante o aviamento das receitas, cada colaborador é responsável por verificar as receitas que recebe, estas são depois de carimbadas, datadas e assinadas, guardadas numa gaveta em cada um dos balcões de atendimento, para que ao longo do dia a colaboradora responsável pelo receituário possa recolher e organizar as receitas por plano de participação e por lote. Cada lote tem 30 receitas.

Depois de organizadas as receitas, procede-se à correção das mesmas. Quando surgem receitas manuais, é necessário verificar se o médico assinalou uma das alíneas de justificação para ter optado pela prescrição manual, presentes no modelo de receita manual, que pode ser: falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição ao domicílio, até 40 receitas por mês, (23) ao verificar os lotes deve ainda ter-se em atenção a assinatura do farmacêutico e a data registada deve coincidir com a data impressa no verso da receita, que corresponde à data de dispensa. Para terminar efetua-se a leitura dos códigos de barras dos medicamentos impressos no verso da receita através do SIF2000 na janela “conferência de receituário”, aqui é conferido se o fármaco cedido pertence ao mesmo grupo homogéneo que o fármaco da receita, bem como o número de unidades dispensadas e tamanho das embalagens. Caso se verifique algum erro na dispensa, deve-se tentar contactar o utente para efetuar a troca e correção da receita.

Após verificar e corrigir todos estes parâmetros em todas as receitas pertencentes a determinado lote, imprime-se o verbete de identificação do lote, através do SIF2000. O verbete é um resumo das 30 receitas desse lote, onde constam o nº de lote, a quantidade de receitas (pode ser inferior a 30, nunca superior), a quantidade de medicamentos dispensados, o valor pago pelo utente e o valor da participação. Após a sua impressão o verbete é carimbado, e anexado às receitas do lote que identifica, é também conferido se todas as receitas presentes se encontram de facto e se estão organizadas por ordem bem como os valores pagos pelo utente e respetiva participação.

Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de realizar algumas tarefas relativas a esta atividade, como separação das receitas de acordo com o organismo e organização por ordem crescente cada lote, garantindo que não faltava nenhuma receita, bem como a verificação dos verbetes.

Quanto às receitas eletrónicas desmaterializadas estas não necessitam deste tipo de processo, uma vez que são transmitidas automaticamente por via informática para o seu respetivo destinatário, em função do organismo, assim que são validadas com sucesso pelos Serviços partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Estas receitas são colocadas nos lotes

eletrónicos, isto é, nos lotes 97 e 96 (97 com erros de validação), assim o operador quando estiver a corrigir o receituário não terá receitas físicas destes lotes para corrigir.

## **12.2 Faturação do Receituário**

A faturação mensal de todas as receitas dispensadas pela FH, permite que lhe seja atribuído o valor da comparticipação associado a cada medicamento. Assim após o fecho de todos os lotes, é emitida a relação-resumo de lotes (documento onde está discriminado o valor total de cada lote, o valor da comparticipação e o valor cobrado ao utente), em triplicado. É também emitida a fatura mensal de medicamentos de cada entidade responsável pelas comparticipações, em duplicado. Uma cópia destes elementos fica na farmácia, após serem carimbados e assinados pelo operador.

O receituário é depois dividido em 2 caixas, uma em que são enviadas as receitas para o SNS e que são por este comparticipadas e outra para as restantes entidades de comparticipação. Os lotes referentes ao SNS, juntamente com os verbetes de identificação de lote, a relação de resumo de lotes e a fatura mensal, são enviados para a administração central do sistema de saúde (ACSS), mais especificamente para o Centro de Conferência de Faturas (CCF). Os restantes lotes pertencentes a outras entidades, devem igualmente fazer-se acompanhar pela relação-resumo de lotes em triplicado e pelas faturas mensais em duplicado, e são posteriormente enviados até ao dia 10 de cada mês para a Associação Nacional de Farmácias (ANF) que se responsabiliza por direcionar as receitas para cada entidade, que posteriormente vai reembolsar a farmácia com o montante da comparticipação, à ANF é também emitido um documento através do SIF2000, onde estão todos os organismos presentes nas receitas desse mês e as respetivas comparticipações, este documento é emitido em triplicado sendo enviado em duplicado para a ANF e o triplicado fica para a farmácia.

Relativamente a esta tarefa, todo este processo foi-me devidamente explicado no final do estágio.

## **12.3 Processamento do receituário devolvido**

Após o envio do receituário, o CCF procede à conferência de todas as receitas, de forma a detetar irregularidades nestas. Caso isso se venha a verificar, o CCF devolve todas as receitas que contenham alguma irregularidade, desde que o erro de comparticipação apurado seja superior a 0,50 €, juntamente com um documento que especifica os erros detetados.

Estas receitas podem ser novamente revistas, corrigidas e reencaminhadas no receituário do mês seguinte de e modo a que as perdas relativas ao valor das comparticipações sejam as mais baixas possível, ou então a farmácia pode emitir uma nota de crédito, através do menu SIF2000, no separador faturação escolhe-se a opção regularização e escolhe-se a fatura que corresponde às receitas devolvidas, colocando o valor das comparticipações das receitas que

a farmácia vai ter que devolver. As notas de crédito são enviadas para o CCF aquando do envio da fatura mensal do mês seguinte.



## 13 Conclusão

Durante o meu período de estágio deparei-me com as mais diversas situações, que me proporcionaram a prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, na Faculdade de Ciências da Saúde da UBI, e desenvolver as minhas competências pessoais e interpessoais de comunicação.

A interação com o público é uma das componentes do estágio mais importantes, pois é aquela que nos permite a integração de todos os conhecimentos, e a seleção dos mesmos, daquilo que é mais importante. Cada situação destas é sempre uma situação nova e diferente que desafia as nossas competências e que nos motiva a fazer mais e melhor, não existem dois utentes iguais e nem dois atendimentos iguais, existe sempre algo que possa ser feito e melhorado.

A interação do farmacêutico com o utente assume um papel importantíssimo na comunidade, esta aliada a uma noção de ética, deontológica e a um especializado conhecimento científico torna o farmacêutico um profissional de saúde essencial para a comunidade e com reconhecimento no seio das populações.

No entanto não é só a componente do atendimento que merece destaque, todos os componentes da farmácia comunitária são importantíssimos e todos merecem destaque como um todo. São todos os componentes que tornam na farmácia aquilo que ela é, e aquilo que a faz avançar. Desde a chegada dos medicamentos à sua dispensa, passando por todas as funções como acondicionamento e gestão.





## 14 Bibliografia

1. Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 168, de 31 de agosto de 2007.
2. Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 148, de 1 de agosto de 2012. Segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto.
3. Portaria n.º 277/2012 de 12 setembro publicada em Diário da República, 1ª série, n.º 177, de 12 de setembro de 2012.
4. INFARMED. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada. 2015.
5. Circular informativa n.º 018/CD/8.1.7 - Recolha voluntária de vinte medicamentos genéricos na sequência da recomendação da Agência Europeia do Medicamento sobre os estudos realizados na empresa GVK Biosciences. Infarmed, 29 de janeiro de 2015.
6. INFARMED. Decreto Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. 1993.
7. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária.3rd. 2009.
8. INFARMED. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho. Legislação Farmacêutica compilada. 2007.
9. Decreto-Lei n.º 113/2010 de 21 de outubro publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 205, de 21 de outubro de 2010.
10. INFARMED. Decreto-Lei n.º 296, de 25 de setembro. Legislação Farmacêutica compilada. 1998.
11. MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, DO DESENVOLVIMENTO RURAL E DAS PESCAS. Decreto-Lei no 74. Diário da República. 2010.
12. Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de junho publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 115, de 17 de junho de 2009.
13. INFARMED. Decreto-Lei n.º 189/2000, de 12 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. 2000.

14. INFARMED DISPOSITIVOS MÉDICOS. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS). Consultado em 20 de dezembro de 2016.
15. Decreto-Lei n.º 314/2009 de 28 de outubro publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 209, de 28 de outubro de 2009.
16. Ministério da agricultura, do desenvolvimento rural e das pescas. Decreto Lei n.º 314/2009 de 28 de outubro. diário da República. 2009.
17. Ministério da agricultura, do desenvolvimento rural e das pescas. Decreto-Lei n.º 148/2008 de 29 de julho. Diário da República.; 1.ª série. n.º 145. 2008.
18. Portaria n.º 594/2004 de 2 de junho publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 129, de 2 de junho de 2004.
19. Deliberação n.º 1500/2004 de 7 de dezembro publicada em Diário da República, 2ª série, n.º 303, de 29 de dezembro de 2004.
20. INFARMED. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. 2007.
21. VALORMED. Disponível em: <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/18>. Consultado a 15 de dezembro de 2016.
22. NFARMED.MEDICAMENTOS DE USO HUMANO SUJEITOS A MONITORIZAÇÃO ADICIONAL. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/MED\\_SUJEITOS\\_MONIT\\_ADICIONAL](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/MED_SUJEITOS_MONIT_ADICIONAL). Consultado 15 de dezembro de 2016.
23. INFARMED. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. 2015.
24. Ramzan I. Phytotherapies: Efficacy, Safety, and Regulation: John Wiley & Sons; 2015.
25. Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 167, de 30 de agosto de 2006
26. Leonor Levy HB. Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008.
27. Receita Sem papel. Disponível em <http://spms.min-saude.pt/product/receita-sem-papel/>. Consultado a 20 de janeiro de 2017

# Anexos I



- **Questionário Resumido da Dor**

Código de Identificação do participante: \_\_\_\_\_

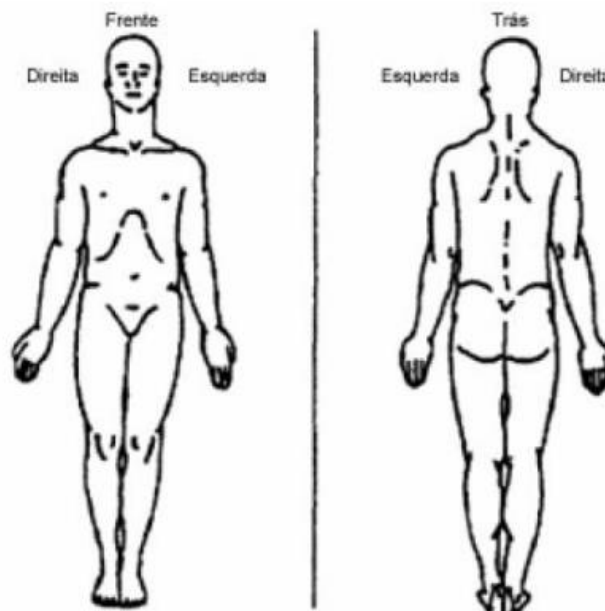
Data Início: \_\_/\_\_/\_\_ Data Fim: \_\_/\_\_/\_\_

Aceitou fazer questionário? Sim  Não

<b>Informação do Inquirido</b>	
<b>Lar em que está institucionalizado:</b>	
Internado <input type="checkbox"/>	Centro de Dia <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>
<b>Género:</b>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
<b>Data de Nascimento:</b>	__/__/__
<b>Estado Civil:</b>	Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
<b>Grau de escolaridade:</b>	S/escolaridade <input type="checkbox"/> 1º Ciclo <input type="checkbox"/> 2º Ciclo <input type="checkbox"/> 3º Ciclo <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>
<b>Pratica atividade física?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

1. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de e dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?  
Sim  Não

2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



Quando começou a dor?	
Anos: _____	Meses: _____
<p>3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu <b>MÁXIMO</b> durante a última semana.</p>	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem dor	A pior dor que se pode imaginar
<p>4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu <b>MÍNIMO</b> durante a última semana.</p>	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem dor	A pior dor que se pode imaginar
<p>5. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em <b>MÉDIA</b>.</p>	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem dor	A pior dor que se pode imaginar
<p>6. Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste preciso <b>MOMENTO</b>.</p>	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem dor	A pior dor que se pode imaginar
<p>7. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.</p>	
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%	
Nenhum alívio	Alívio completo



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Covilhã | Portugal

**F C**  
**S** Faculdade de  
Ciências da Saúde

<p><b>8. Costuma ter cãibras?</b></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
<p><b>9. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:</b></p>
<p><b>A. Atividade geral</b></p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>
<p><b>B. Disposição</b></p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>
<p><b>C. Capacidade para andar a pé</b></p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Covilhã | Portugal



Faculdade de  
Ciências da Saúde

<b>D. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente
<b>E. Relações com outras pessoas</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente
<b>F. Sono</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente
<b>G. Prazer de viver</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente



- **Questionário de Dor Neuropática em 4 questões – DN4**

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

Questionário do Doente	
1. A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?	
1- Queimadura	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2- Sensação de frio doloroso	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3- Choques elétricos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?	
4- Formigueiro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5- Picadas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
6- Dormência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7- Comichão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Exame do Doente	
3. A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidência:	
8- Hipoestesia ao tato	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9- Hipoestesia à picada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4. A dor é provocada ou aumentada por:	
10- Fricção leve ( <i>"brushing"</i> )	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>



• **Fatores de Melhora e Piora da dor & Informações Clínicas**

Fatores de melhora:	Fatores de piora:
Deitar <input type="checkbox"/>	Sentar <input type="checkbox"/>
Sentar <input type="checkbox"/>	Movimentar o corpo <input type="checkbox"/>
Repouso <input type="checkbox"/>	Deambular <input type="checkbox"/>
Movimentar o corpo <input type="checkbox"/>	Emocional (irritabilidade) <input type="checkbox"/>
Nenhum <input type="checkbox"/>	Nenhum <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>

**1. Farmacoterapia - utiliza fármacos para as dores?**

Sim  Não

Quais?

---

---

---

---

**2. Utiliza outras formas de tratamento para as dores?**

Sim  Não

Quais?

---

---

---

**3. Existem co-morbilidades diagnosticadas?**

Sim  Não





UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Covilhã | Portugal



**Quais?**

---

---

---

---

**4. A mobilidade física prejudicada?**

Sim

Não



## Anexos II

Universidade da Beira Interior <b>UBI</b> Centro de Investigação e desenvolvimento da Beira	<b>Autorização do Questionário:</b> <u>Questionário resumido da Dor (Formulário Abreviado)</u> <u>Questionário específico para rastreio de Dor Neuropática – DN4</u>
--	--

Estamos a fazer um estudo sobre o perfil e prevalência de Dor nos idosos institucionalizados na região da Beira Interior Norte. A dor é definida como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

Pretendemos com este estudo obter um maior conhecimento sobre o perfil e prevalência de Dor nos idosos institucionalizados da Região da Beira Interior Norte para tentar definir estratégias de controlo da Dor na mesma comunidade.

Para o estudo necessitamos da colaboração dos utentes desta IPSS, através do preenchimento de um questionário.

Todos os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projeto de investigação, ser publicadas em revistas científicas e os participantes poderão requisitar informação sobre os seus dados. No entanto, os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Caso o desejem, os utentes podem-se recusar a participar neste estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

**Compreendi que a participação dos utentes da IPSS neste estudo é voluntário, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que considere necessárias. Na qualidade de responsável da instituição consinto a realização do questionário na instituição, a todas os utentes que desejem participar de livre vontade, desde que o objectivo do estudo seja explicado e que todas as dúvidas sejam esclarecidas, não dispensando o preenchimento do Consentimento Informado individual de cada.**

Responsável da Instituição (Nome Completo Maiúsculas):	
Assinatura:	Data:

**Discuti o estudo e os seus métodos com o(a) responsável da instituição, foi-lhe dado tempo para pensar, e colocar dúvidas. A autorização foi assinada em duplicado, ficando uma cópia com o responsável e outra com o Investigador.**

Nome do membro da equipa de Investigação:	
Assinatura:	Data:



## Anexos III

Universidade da Beira Interior <b>UBI</b> Centro de Investigação e desenvolvimento da Beira	<b>Declaração de Consentimento Informado</b>  <u>Questionário resumido da Dor (Formulário Abreviado)</u>  <u>Questionário específico para rastreio de Dor Neuropática – DN4</u>
--	---

Estamos a fazer um estudo sobre o perfil e prevalência de Dor nos idosos institucionalizados na região da Beira Interior Norte. A dor é definida como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

Pretendemos com este estudo obter um maior conhecimento sobre o perfil e prevalência de Dor nos idosos institucionalizados da Região da Beira Interior Norte para tentar definir estratégias de controlo da Dor na mesma comunidade.

Para o estudo necessitamos da sua colaboração, através do preenchimento de um questionário.

Todos os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projeto de investigação, ser publicadas em revistas científicas e os participantes poderão requisitar informação sobre os seus dados. No entanto, os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Caso assim o deseje, poderá recusar participar neste estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

**Compreendi que a minha participação é voluntária e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que considere necessárias, assim consinto que me sejam aplicados os métodos propostos para o estudo atual.**

Participante (Nome Completo Maiúsculas):	
Assinatura:	Data:

**Discuti o estudo e os seus métodos com o participante, foi-lhe dado tempo para pensar, e colocar dúvidas. O Consentimento foi assinado em duplicado, ficando uma cópia com o participante e outra com o Investigador.**

Nome do membro da equipa de Investigação:	
Assinatura:	Data:



## Anexos IV

IPSS	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Aldeia de S. Sebastião	25	10,55%	10,55%
Casteleiro	41	17,30%	27,85%
Misericórdia da Guarda	45	18,99%	46,84%
Pega	14	5,91%	52,74%
Pousafoles do Bispo	22	9,28%	62,03%
Santana da Azinha	26	10,97%	73,00%
Fernão Joanes	21	8,86%	81,86%
Videmonte	24	10,13%	91,98%
Vila do Touro	19	8,02%	100,00%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Regime	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Centro de Dia	21	8,86%	8,86%
Internamento	214	90,30%	99,16%
Serviço de Apoio Domiciliário	2	0,84%	100,00%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Género	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Feminino	176	74,26%	74,26%
Masculino	61	25,74%	100,00%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Grupo Etário	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Grande Idoso	61	25,96%	25,96%
Idoso Adulto	159	67,66%	93,62%
Idoso Jovem	15	6,38%	100,00%
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Grau de escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
1º ciclo	143	66,20%	66,20%
2º ciclo	3	1,39%	67,59%
3º ciclo	3	1,39%	68,98%
Sem escolaridade	59	27,31%	96,30%
Secundário	5	2,31%	98,61%
Superior	3	1,39%	100,00%
Total	216	100,00%	100,00%

Estado Civil	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Casado	44	19,73%	19,73%
Outro	9	4,04%	23,77%
Solteiro	28	12,56%	36,32%
Viúvo	142	63,68%	100,00%
Total	223	100,00%	100,00%

Atividade Física?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	116	49,57%	49,57%
Sim	118	50,43%	100,00%
Total	234	100,00%	100,00%

Dor Frequente?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	66	27,85%	27,85%
Sim	171	72,15%	100,00%
Total	237	100,00%	100,00%



Áreas onde sente dor	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Articulação	9	5,26%	5,26%
Articulação, Membros	16	9,36%	14,62%
Articulação, outras	1	0,58%	15,20%
Cabeça	7	4,09%	19,30%
Cabeça, Articulação	5	2,92%	22,22%
Cabeça, Articulação, Membros	3	1,75%	23,98%
Cabeça, Membros	3	1,75%	25,73%
Cabeça, Tronco	12	7,02%	32,75%
Cabeça, Tronco, Articulação	10	5,85%	38,60%
Cabeça, Tronco, Membros	8	4,68%	43,27%
Generalizada	16	9,36%	52,63%
Membros	14	8,19%	60,82%
Membros, Articulação, Outras	1	0,58%	61,40%
Membros, Outras	1	0,58%	61,99%
Outros	4	2,34%	64,33%
Tronco	18	10,53%	74,85%
Tronco, Articulação	15	8,77%	83,63%
Tronco, articulação, Outras	1	0,58%	84,21%
Tronco, Membros	20	11,70%	95,91%
Tronco, Membros, Articulação	6	3,51%	99,42%
Tronco, Outras	1	0,58%	100,00%
Total	171	100,00%	100,00%

Duração da Dor	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Aguda (< 6 meses)	11	6,43%	6,43%
Crónica (≥ 6 meses)	69	40,35%	46,78%
Indefinido	91	53,22%	100,00%
Total	171	100,00%	100,00%

Dor sentida ao Máximo	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Forte	78	45,88%	45,88%
Leve	32	18,82%	64,71%
Moderada	57	33,53%	98,24%
Pior Dor	3	1,76%	100,00%
Total	170	100,00%	100,00%

Dor sentida no Mínimo	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Forte	8	4,71%	4,71%
Leve	102	60,00%	64,71%
Moderada	22	12,94%	77,65%
Nenhuma	38	22,35%	100,00%
Total	170	100,00%	100,00%

Dor sentida em Média	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Forte	15	8,98%	8,98%
Leve	101	60,48%	69,46%
Moderada	48	28,74%	98,20%
Nenhuma	3	1,80%	100,00%
Total	167	100,00%	100,00%

Dor sentida neste Momento	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Forte	11	6,47%	6,47%
Leve	77	45,29%	51,76%
Moderada	21	12,35%	64,12%
Nenhuma	61	35,88%	100,00%
Total	170	100,00%	100,00%

<b>% de Alívio</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem cumulativa</b>
0	19	17,12%	17,12%
10	2	1,80%	18,92%
20	11	9,91%	28,83%
30	12	10,81%	39,64%
40	8	7,21%	46,85%
50	10	9,01%	55,86%
60	7	6,31%	62,16%
70	9	8,11%	70,27%
80	17	15,32%	85,59%
90	7	6,31%	91,89%
100	9	8,11%	100,00%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

<b>Cãibras</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem cumulativa</b>
Não	71	42,51%	42,51%
Sim	96	57,49%	100,00%
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

<b>Interferência da dor na Atividade Geral</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem cumulativa</b>
Forte	39	23,21%	23,21%
Leve	75	44,64%	67,86%
Moderada	35	20,83%	88,69%
Nenhuma	18	10,71%	99,40%
Completa	1	0,60%	100,00%
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

<b>Interferência da dor na Disposição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem cumulativa</b>
Forte	5	2,96%	2,96%
Leve	107	63,31%	66,27%
Moderada	22	13,02%	79,29%
Nenhuma	34	20,12%	99,41%
Completa	1	0,59%	100,00%
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

<b>Interferência da dor na Capacidade para andar a pé</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem cumulativa</b>
Forte	38	22,49%	22,49%
Leve	65	38,46%	60,95%
Moderada	30	17,75%	78,70%
Nenhuma	33	19,53%	98,22%
Completa	3	1,78%	100,00%
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

<b>Interferência da dor no Trabalho Normal</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem cumulativa</b>
Forte	37	22,42%	22,42%
Leve	73	44,24%	66,67%
Moderada	42	25,45%	92,12%
Nenhuma	12	7,27%	99,39%
Completa	1	0,61%	100,00%
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Interferência da dor nas Relações com outras pessoas	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Forte	3	1,79%	1,79%
Leve	105	62,50%	64,29%
Moderada	13	7,74%	72,02%
Nenhuma	47	27,98%	100,00%
Total	168	100,00%	100,00%

Interferência da dor no Sono	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Forte	10	5,95%	5,95%
Leve	77	45,83%	51,79%
Moderada	20	11,90%	63,69%
Nenhuma	61	36,31%	100,00%
Total	168	100,00%	100,00%

Interferência da dor no Prazer de viver	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Forte	4	2,67%	2,67%
Leve	107	71,33%	74,00%
Moderada	7	4,67%	78,67%
Nenhuma	32	21,33%	100,00%
Total	150	100,00%	100,00%

Dor apresenta característica de Queimadura?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	112	66,27%	66,27%
Sim	57	33,73%	100,00%
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Dor apresenta característica de frio doloroso?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	142	84,52%	84,52%
Sim	26	15,48%	100,00%
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Dor apresenta característica de Choques elétricos?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	93	56,02%	56,02%
Sim	73	43,98%	100,00%
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Sente também formigueiro?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	98	58,68%	58,68%
Sim	69	41,32%	100,00%
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Sente também picadas?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	69	41,07%	41,07%
Sim	99	58,93%	100,00%
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Sente também dormência?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	90	53,89%	53,89%
Sim	77	46,11%	100,00%
Total	167	100,00%	100,00%

Sente também comichão?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	116	69,88%	69,88%
Sim	50	30,12%	100,00%
Total	166	100,00%	100,00%

Hipoestesia ao tato	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	168	99,41%	99,41%
Sim	1	0,59%	100,00%
Total	169	100,00%	100,00%

Dor provocada por fricção leve	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	168	99,41%	99,41%
Sim	1	0,59%	100,00%
Total	169	100,00%	100,00%

Fatores de Melhora da Dor	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Deitar	19	11,31%	11,31%
Deitar, Movimento	14	8,33%	19,64%
Deitar, Outros	4	2,38%	22,02%
Deitar, Repouso	31	18,45%	40,48%
Deitar, Repouso, Movimento	6	3,57%	44,05%
Deitar, Repouso, Outros	1	0,60%	44,64%
Deitar, Sentar	6	3,57%	48,21%
Deitar, Sentar, Movimento	3	1,79%	50,00%
Deitar, Sentar, Movimento, Outros	1	0,60%	50,60%
Deitar, Sentar, Outros	2	1,19%	51,79%
Deitar, Sentar, Repouso	31	18,45%	70,24%
Deitar, Sentar, Repouso, Movimento	2	1,19%	71,43%
Deitar, Sentar, Repouso, Outros	2	1,19%	72,62%
Movimento	7	4,17%	76,79%
Movimento, Outros	1	0,60%	77,38%
Nenhum	15	8,93%	86,31%
Outros	4	2,38%	88,69%
Repouso	5	2,98%	91,67%
Sentar	6	3,57%	95,24%
Sentar, Movimento	2	1,19%	96,43%
Sentar, Movimento, Outros	1	0,60%	97,02%
Sentar, Outros	1	0,60%	97,62%
Sentar, Repouso	3	1,79%	99,40%
Sentar, Repouso, Outros	1	0,60%	100,00%
Total	168	100,00%	100,00%



Fatores de Piora da Dor	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Deambular	2	1,20%	1,20%
Deambular, Emocional	4	2,40%	3,59%
Deambular, Emocional, Outros	1	0,60%	4,19%
Emocional	19	11,38%	15,57%
Emocional, Outros	6	3,59%	19,16%
Movimento	27	16,17%	35,33%
Movimento, Deambular	11	6,59%	41,92%
Movimento, Deambular, Emocional	11	6,59%	48,50%
Movimento, Deambular, Emocional, Outros	3	1,80%	50,30%
Movimento, Emocional	15	8,98%	59,28%
Movimento, Emocional, Outros	4	2,40%	61,68%
Movimento, Outros	5	2,99%	64,67%
Nenhum	18	10,78%	75,45%
Outros	12	7,19%	82,63%
Sentar	10	5,99%	88,62%
Sentar, Deambular, Outros	1	0,60%	89,22%
Sentar, Emocional	5	2,99%	92,22%
Sentar, Emocional, Outros	1	0,60%	92,81%
Sentar, Movimento	5	2,99%	95,81%
Sentar, Movimento, Deambular	1	0,60%	96,41%
Sentar, Movimento, Deambular, Outros	1	0,60%	97,01%
Sentar, Movimento, Emocional	3	1,80%	98,80%
Sentar, Movimento, Outro	1	0,60%	99,40%
Sentar, Outros	1	0,60%	100,00%
<b>Total</b>			

Fármacos no Tratamento da Dor	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	50	35,21%	35,21%
Sim	92	64,79%	100,00%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Quais os Fármacos utilizados no Tratamento da dor	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Acemetacina	1	1,59%	1,59%
Acemetacina, Paracetamol	1	1,59%	3,17%
Ácido acetilsalicílico (AAS)	1	1,59%	4,76%
Butilescopolamina	2	3,17%	7,94%
Butilescopolamina, Paracetamol	1	1,59%	9,52%
Diclofenac	6	9,52%	19,05%
Diclofenac, Butilescopolamina, Paracetamol	1	1,59%	20,63%
Diclofenac, Paracetamol	1	1,59%	22,22%
Etodolac, Metamizol, Tramadol + Paracetamol	1	1,59%	23,81%
Ibuprofeno, Paracetamol	1	1,59%	25,40%
Metamizol	3	4,76%	30,16%
Metamizol, Naproxeno, Paracetamol	1	1,59%	31,75%
Metamizol, Paracetamol, Tramadol + Paracetamol	1	1,59%	33,33%
Naproxeno	2	3,17%	36,51%
Naproxeno, Paracetamol + Tiocolquicosido	2	3,17%	39,68%
Paracetamol	23	36,51%	76,19%
Paracetamol + Tiocolquicosido	4	6,35%	82,54%
Paracetamol + Tiocolquicosido, Pregabalina (Lyrica)	3	4,76%	87,30%
Paracetamol, Tramadol + Paracetamol	1	1,59%	88,89%
Pregabalina (Lyrica)	1	1,59%	90,48%
Pregabalina (Lyrica), Diclofenac + Misoprostol, Morfina	1	1,59%	92,06%
Pregabalina (Lyrica), Tramadol + Paracetamol.	1	1,59%	93,65%
Tramadol	1	1,59%	95,24%
Tramadol + Paracetamol	3	4,76%	100,00%
Total	63	100,00%	100,00%

Utiliza tratamentos não-farmacológicos para a dor?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	128	78,53%	78,53%
Sim	35	21,47%	100,00%
Total	163	100,00%	100,00%

Tratamentos não farmacológicos	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Acupuntura	1	2,86%	2,86%
Fisioterapia	25	71,43%	74,29%
Fisioterapia, Termas	1	2,86%	77,14%
Massagens	7	20,00%	97,14%
Termas	1	2,86%	100,00%
Total	35	100,00%	100,00%

Mobilidade física prejudicada?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	113	47,68%	47,68%
Sim	124	52,32%	100,00%
Total	237	100,00%	100,00%

Mobilidade física prejudicada			
Dor Frequente	Não	Sim	Total
Não	41	25	66
Row%	62,12%	37,88%	100,00%
Col%	36,28%	20,16%	27,85%
Sim	72	99	171
Row%	42,11%	57,89%	100,00%
Col%	63,72%	79,84%	72,15%
<b>TOTAL</b>	113	124	237
Row%	47,68%	52,32%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

	Point Estimate	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
<b>PARAMETERS: Odds-based</b>			
Odds Ratio (cross product)	2,2550	1,2592	4,0383 (T)
Odds Ratio (MLE)	2,2471	1,2572	4,0662 (M)
		1,2122	4,2303 (F)
<b>PARAMETERS: Risk-based</b>			
Risk Ratio (RR)	1,4754	1,1403	1,9090 (T)
Risk Difference (RD%)	20,0159	6,1694	33,8625 (T)
<b>STATISTICAL TESTS</b>			
	Chi-square	1-tailed p	2-tailed p
Chi-square - uncorrected	7,6479		0,0056839319
Chi-square - Mantel-Haenszel	7,6156		0,0057865410
Chi-square - corrected (Yates)	6,8666		0,0087824000
Mid-p exact		0,0030440033	
Fisher exact		0,0043286050	0,0061050947
(T=Taylor series; C=Cornfield; M=Mid-P; F=Fisher Exact)			

Atividade Física			
Dor frequente	Não	Sim	Total
<b>Não</b>	33	33	66
Row%	50,00%	50,00%	100,00%
Col%	28,45%	27,97%	28,21%
<b>Sim</b>	83	85	168
Row%	49,40%	50,60%	100,00%
Col%	71,55%	72,03%	71,79%
<b>TOTAL</b>	116	118	234
Row%	49,57%	50,43%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

	Point Estimate	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
<b>PARAMETERS: Odds-based</b>			
Odds Ratio (cross product)	1,0241	0,5795	1,8099 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,0240	0,5772	1,8168 (M)
		0,5565	1,8842 (F)
<b>PARAMETERS: Risk-based</b>			
Risk Ratio (RR)	1,0120	0,7605	1,3467 (T)
Risk Difference (RD%)	0,5952	-13,6411	14,8316 (T)
<b>STATISTICAL TESTS</b>	<b>Chi-square</b>	<b>1-tailed p</b>	<b>2-tailed p</b>
Chi-square - uncorrected	0,0067		0,9346855286
Chi-square - Mantel-Haenszel	0,0067		0,9348249274
Chi-square - corrected (Yates)	0,0000		1,0000000000
Mid-p exact		0,4676361655	
Fisher exact		0,5251563964	1,0000000000
(T=Taylor series; C=Cornfield; M=Mid-P; F=Fisher Exact)			

<b>Grupo etário</b>				
<b>Dor frequente</b>	<b>Grande Idoso</b>	<b>Idoso Adulto</b>	<b>Idoso Jovem</b>	<b>Total</b>
<b>Não</b>	21	38	7	66
Row%	31,82%	57,58%	10,61%	100,00%
Col%	34,43%	23,90%	46,67%	28,09%
<b>Sim</b>	40	121	8	169
Row%	23,67%	71,60%	4,73%	100,00%
Col%	65,57%	76,10%	53,33%	71,91%
<b>TOTAL</b>	61	159	15	235
Row%	25,96%	67,66%	6,38%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Squared	df	Probability
5,1913	2	0,0746

Género			
Dor Frequente	Feminino	Masculino	Total
<b>Não</b>	42	24	66
Row%	63,64%	36,36%	100,00%
Col%	23,86%	39,34%	27,85%
<b>Sim</b>	134	37	171
Row%	78,36%	21,64%	100,00%
Col%	76,14%	60,66%	72,15%
<b>TOTAL</b>	176	61	237
Row%	74,26%	25,74%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

	Point Estimate	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
<b>PARAMETERS: Odds-based</b>			
Odds Ratio (cross product)	0,4832	0,2600	0,8980 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,4848	0,2602	0,9080 (M)
		0,2496	0,9481 (F)
<b>PARAMETERS: Risk-based</b>			
Risk Ratio (RR)	0,8121	0,6658	0,9905 (T)
Risk Difference (RD%)	-14,7262	-27,8709	-1,5815 (T)
<b>STATISTICAL TESTS</b>			
	Chi-square	1-tailed p	2-tailed p
Chi-square - uncorrected	5,4029		0,0201031912
Chi-square - Mantel-Haenszel	5,3801		0,0203675450
Chi-square - corrected (Yates)	4,6599		0,0308745137
Mid-p exact		0,0120097975	
Fisher exact		0,0167717101	0,0303872495
(T=Taylor series; C=Cornfield; M=Mid-P; F=Fisher Exact)			

## Anexos V

# ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco  
Henrique  
Moura  
George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: cn=Francisco Moura George,  
o=Direcção-Geral da Saúde,  
ou=Trabalho, email=Francisco.  
Henrique.Moura.George@dgds.pt,  
c=PT

Direcção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 015/2010

DATA: 14/12/2010

---

<b>ASSUNTO:</b>	<b>Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa</b>
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	<b>Dor crónica no idoso; avaliação; tratamento</b>
<b>PARA:</b>	<b>Todos os profissionais de saúde que tratam pessoas idosas com dor crónica.</b>
<b>CONTACTOS:</b>	<b>Direcção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença; Coordenador da Comissão Nacional de Controlo da Dor: <a href="mailto:helenam@dgs.pt">helenam@dgs.pt</a> ; <a href="mailto:jmomao@netcabo.pt">jomao@netcabo.pt</a></b>

---

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de Dezembro, o Director-Geral da Saúde recomenda o cumprimento das orientações técnicas abaixo descritas referentes à avaliação e tratamento da dor crónica na pessoa idosa.

### I – PLANO DE AVALIAÇÃO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA

Atendendo a que, como experiência subjectiva, não há testes objectivos para medir a dor a sua presença e a intensidade devem ser avaliadas e medidas pelo que o doente exprime.

A avaliação da dor no idoso pelas escalas de auto-avaliação, se não forem detectadas dificuldades de comunicação, é complementada por uma história clínica detalhada, um exame objectivo rigoroso, uma história terapêutica correcta e uma avaliação bio-psico-social<sup>1</sup>.

Na observação dos doentes com dificuldade de comunicação nenhuma estratégia é, por si só, suficiente, sejam os antecedentes pessoais, a observação de comportamentos, o diagnóstico da patologia, ou a informação dos cuidadores, pelo que a conjugação de todas as informações é de importância fundamental para a avaliação da dor.

#### Orientações específicas

1. Monitorizar, reavaliar e registar a dor por rotina, para facilitar o tratamento e a comunicação entre os profissionais.
2. Inquirir obrigatoriamente a presença de dor em todos os idosos, tentando obter, em primeiro lugar, a autoavaliação do idoso, mesmo que seja uma resposta sim/não à pergunta “tem dor?”.
3. Valorizar na primeira observação do idoso as alterações comportamentais e cognitivas e as possíveis manifestações de dor em repouso, em movimento e durante os cuidados e estar atento a outros indicadores, nomeadamente:

---

<sup>1</sup> Anexo I – Fluxograma de Avaliação da Dor no Idoso

- a) A expressão facial;
- b) Os movimentos corporais;
- c) As verbalizações ou vocalizações;
- d) A alteração das relações interpessoais;
- e) As alterações do estado mental.

Observar o comportamento é, na ausência de autoavaliação, um método correcto para avaliar a dor, em conjunto com outras situações, como alterações fisiológicas ou stress emocional, através de Escalas Comportamentais<sup>2</sup>.

- 4. Procurar causas potenciais de dor, patologias ou procedimentos, ou alterações de comportamento.
- 5. Inquirir das terapêuticas instituídas com analgésicos e a respectiva resposta.
- 6. Ter em atenção que nas pessoas idosas outros termos como mal-estar, sofrimento, magoado, etc. podem significar a presença de dor.
- 7. Solicitar a participação de familiares e/ou cuidadores para a avaliação multimodal da dor.
- 8. Ter em atenção que as alterações fisiológicas podem não significar dor e que a presença de dor pode ocorrer sem alteração dos sinais vitais.
- 9. Efectuar periodicamente a reavaliação do idoso, bem como os registos dos métodos de avaliação e dos indicadores de dor.
- 9. Ter em atenção que, no idoso com demência avançada, as lesões do sistema nervoso central afectam a memória, a linguagem e o processamento cognitivo. Apesar disso, os doentes com demência grave experimentam dor. Segundo a *American Geriatric Society* (AGS) 2002:
  - a) A observação dos comportamentos, como indicadores de dor, é a melhor forma de avaliação deste grupo de doentes;
  - b) A procura de causas potenciais de dor no idoso é da maior relevância dada a prevalência de doenças músculo-esqueléticas e neurológicas.
- 10. Assumir por norma a presença de dor e se houver apenas indicadores de dor efectuar uma prova terapêutica, sempre que a patologia, os procedimentos ou as alterações comportamentais o justifiquem:
  - a) Começar com fármacos não opióides se a dor é ligeira a moderada;

---

<sup>2</sup> ANEXO II – Escala DOLOPLUS 2. Disponível também em: <http://www.apcp.com.pt/index.php?sc=vis&id=299&cod=68>  
Está em curso a validação de outras escalas, entre as quais a escala *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC)



- b) Recorrer a opióides em dose baixa se a dor é moderada a intensa ou se o esquema anterior não é eficaz; é recomendado o aumento da dose de 25 a 50% até se obter efeito terapêutico ou aparecerem efeitos secundários;
- c) Explorar outras causas de alterações comportamentais se não é obtido efeito.

**Tabela – Resumo da avaliação da dor crónica na pessoa idosa**

1	Identificar a presença de dor no idoso qualquer que seja o contexto de observação, na consulta, na urgência, no internamento ou no domicílio
2	Avaliar a dor por rotina considerando que os idosos podem não a manifestar
3	Considerar como dor outros termos usados pelos idosos para a expressar: mal-estar, agonia, moinha, queimor, formigueiro, etc.
4	Escolher a Escala Numérica ou a Escala Qualitativa como primeira alternativa
5	Recorrer a observação comportamental completa quando há dificuldade de comunicação
6	Usar diagramas ou, em alternativa, considerar os locais que o idoso apontar
7	Detectar as possíveis causas de dor através do exame físico cuidado
8	Completar sempre a avaliação da história da dor com as outras dimensões, psicológica, social, cultural e espiritual
9	Solicitar a colaboração de familiares e/ou cuidadores para auxiliar na interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor

## **II – TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA**

O tratamento da dor crónica da pessoa idosa assume particular importância em qualquer contexto, no domicílio, em internamento ou institucionalizado.

### **II.1. TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA**

A terapêutica não farmacológica deve fazer parte de um plano global de tratamento do idoso, em especial do idoso com dor crónica.

A terapêutica não farmacológica tem, em geral, poucos efeitos adversos e, quando utilizada isoladamente, pode produzir alívio de curta duração no idoso com dor crónica. Em combinação com fármacos tem a vantagem de melhorar a terapêutica da dor potenciando o efeito terapêutico global e permitindo a redução das doses dos fármacos, com a consequente diminuição de efeitos secundários, interações medicamentosas e, por vezes, diminuição de custos.

Muitos idosos com dor crónica utilizam, por autoiniciativa, e antes de procurarem o médico, diversas estratégias terapêuticas não farmacológicas que no passado, em situações semelhantes, lhes deram bons resultados.

A crescente utilização de terapêuticas não farmacológicas pela população idosa pode ter, em circunstâncias particulares, nomeadamente, no idoso com osteoporose ou polimedicado, riscos acrescidos, como os de lesões osteoarticulares com o exercício e a manipulação ou de interações de ervas medicinais com terapêuticas farmacológicas, que não podem ser descurados.

**Tabela - Terapêuticas não farmacológicas mais frequentemente utilizadas no tratamento da dor crónica na pessoa idosa**

<b>1</b>	<b>Exercício</b> O exercício deve ser adaptado às necessidades e preferências de cada idoso, e realizado, no mínimo, durante oito a doze semanas. Os exercícios regulares de resistência e fortalecimento muscular, de intensidade moderada, podem melhorar a capacidade funcional e diminuir a dor por patologia músculo-esquelética e os exercícios de estiramento ou de aumento de amplitude podem melhorar a dor provocada por espasmos musculares
<b>2</b>	<b>Aplicação local de calor ou frio</b> É benéfica nos espasmos musculares ou na dor neuropática periférica. Ter especial cuidado em presença de alterações cognitivas ou da sensibilidade, por exemplo nos diabéticos
<b>3</b>	<b>Massagem</b> Está indicada nos espasmos musculares, devendo ser realizada por profissionais
<b>4</b>	<b>Diatermia e ultra-sons</b> Têm indicação no alívio da dor músculo-esquelética profunda
<b>5</b>	<b>Imobilização</b> Tem benefício no alívio da dor osteo-articular, se realizada por curtos períodos (alguns dias) Se prolongada aumenta o risco de capsulite adesiva e de diminuição permanente da amplitude articular
<b>6</b>	<b>Cirurgia</b> A artroplastia está indicada em idosos com patologia dolorosa que a justifique. A neuroablação é benéfica em idosos com dor refractária e esperança de vida curta
<b>7</b>	<b>Estimulação Eléctrica Nervosa Transcutânea (TENS)</b> Pode ser benéfica em diversos tipos de dor, nomeadamente na neuropatia diabética, bursites e fractura costal <sup>19</sup> . Na dor pós-operatória pode diminuir o uso de analgésicos e melhorar a mobilidade precoce
<b>8</b>	<b>Educação do doente e do cuidador</b> Tem demonstrado bons resultados em programas individuais ou em grupo, desde que adaptados às necessidades do idoso e à sua capacidade de compreensão. Deve incluir informação sobre a etiologia da dor, utilização de instrumentos de avaliação e registo da dor, medicação e estratégias não farmacológicas
<b>9</b>	<b>Estratégias cognitivas</b> Em programas individuais ou em grupo, têm como objectivo alterar as atitudes e crenças do idoso e promover a modificação da experiência da dor e sofrimento. A presença de um familiar, cuidador ou pessoa de confiança do idoso nestas sessões parece melhorar os resultados. São necessárias múltiplas sessões e não estão indicadas em pacientes com alterações cognitivas
<b>10</b>	<b>Distracção</b> A utilização de técnicas como a música, leitura, ou outra, tem demonstrado benefício no controlo da dor crónica no idoso

## II.2. TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Os objectivos principais da terapêutica farmacológica são o controlo da dor e a melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida.

O modo habitual do tratamento da dor em idosos é farmacológico e deverá ser balanceado em função dos riscos e dos benefícios. A efectividade do tratamento farmacológico é maior quando combinada com formas de tratamento não farmacológico.

Devido à heterogeneidade dos idosos na resposta à terapêutica farmacológica a dose óptima e os efeitos secundários dos medicamentos são difíceis de prever. As doses devem ser ajustadas em avaliações frequentes, de modo a otimizar o controlo da dor e minimizar os efeitos secundários.

O controlo da dor implica a utilização de associações medicamentosas que são potencialmente geradoras de efeitos colaterais. Contudo, a polimedicação pode ser necessária para minimizar os efeitos secundários específicos de cada fármaco. A combinação de pequenas doses de diferentes grupos de fármacos, com os ajustes apropriados às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas induzidas pela idade, permite obter o controlo da dor com menor risco de desencadear efeitos secundários.

### Orientações específicas:

1. Os idosos com dor crónica moderada a intensa são candidatos a tratamento farmacológico que segue os mesmos princípios e tipo de analgésicos que as pessoas mais jovens, mas com os ajustes necessários às suas particularidades.
2. Nos idosos que se apresentam mais sensíveis às reacções adversas, a maioria dos analgésicos são eficazes e relativamente bem tolerados quando usados com precaução, e o efeito analgésico obtido será o melhor indicador da dose e do ritmo de administração, não esquecendo que a via de administração deverá, sempre que possível, ser a menos invasiva, portanto a via oral.
3. O tratamento da dor em idosos deve ser orientado de acordo com a escada analgésica da OMS, tendo em consideração as particularidades dos idosos para os diferentes grupos de fármacos (Figura 1).

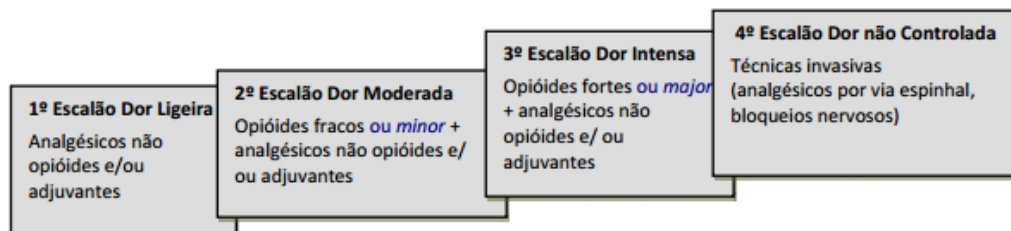


Figura 1 – Escada analgésica modificada para o tratamento da dor



## a) ANTIPIRÉTICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES

### ▪ Paracetamol

É o analgésico de eleição para dor músculo-esquelética ligeira e moderada. Possui propriedades antipiréticas e anti-inflamatórias fracas. Atinge o pico plasmático em 30 a 60 minutos, com uma semi-vida plasmática de cerca de 120 minutos. A dose máxima não poderá exceder 4000mg por dia. O efeito adverso mais importante é a hepatotoxicidade, com queixas de náuseas e vómitos nas 1<sup>as</sup> horas, dores abdominais e falência renal com oligúria em 24 a 48 horas.

### ▪ Anti-inflamatórios não esteróides (AINEs)

O mecanismo de acção primário é a inibição da produção de prostaglandinas E. Inibem também a produção de prostaciclina e tromboxano, o que provoca alguns dos seus efeitos adversos.

Ter em conta que:

- i) A maioria da dose administrada por via oral é completamente absorvida;
- ii) Mais de 95% da dose absorvida liga-se às proteínas plasmáticas;
- iii) Apresentam metabolismo hepático pelo citocromio P450 e são excretados pela urina;
- iv) Diferentes AINEs têm diferentes propriedades analgésicas, antipiréticas e anti-inflamatórias;
- v) AINEs de longa duração de acção ou em doses altas devem ser evitados;
- vi) Para uso crónico só deverão ser usados durante curtos períodos, durante uma crise de dor;
- vii) Devem utilizar-se com maior cuidado quando exista insuficiência hepática ou renal ou alterações da coagulação;
- viii) Não deve ser utilizado mais que um AINEs em simultâneo;
- ix) Os diferentes AINEs não apresentam todos a mesma toxicidade gastrointestinal, por exemplo, a toxicidade do piroxicam é maior que a do naproxeno, que por sua vez é superior à do meloxicam;
- x) As alterações farmacocinéticas dos diferentes AINEs com a idade não são claramente indicadores para mudar a dosagem, a não ser quando existam alterações da função hepática e ou renal<sup>3</sup>.

## b) OPIÓIDES

Ter em conta que:

---

<sup>3</sup> Anexo III – Tabela dos AINEs

- i) Os idosos têm uma maior sensibilidade à acção dos opióides tanto na sua vertente terapêutica-analgésia, como na sua vertente iatrogénica-sedação e outras reacções secundárias. Esta maior sensibilidade é independente das alterações farmacocinéticas relacionadas com a idade;
- ii) A semi-vida de eliminação da morfina, fentanilo e remifentanilo é reduzida no idoso;
- iii) A petidina converte-se num metabolito activo excretado pelo rim. Devido à insuficiência renal própria do idoso verifica-se acumulação, pelo que não é aconselhável a sua administração;
- iv) O ajuste das doses deve ter em conta a persistência da dor e probabilidade de uma exacerbação, a farmacocinética e farmacodinâmica de cada opióide nos idosos, a sua propensão para ser acumulado e a necessidade de prever as reacções adversas, para preveni-las ou tratá-las com rapidez;
- v) A obstipação deve ser prevenida, com medidas profiláticas ou, se necessário, com laxantes osmóticos ou estimulantes directos (se não houver obstrução intestinal), em simultâneo com a prescrição inicial do opióide;
- vi) O aparecimento de sedação ou de alterações cognitivas deve ser previsto. Quando é necessário aumentar a dose rapidamente, existe o risco de depressão respiratória;
- vii) As náuseas e vómitos podem ocorrer com alguma frequência. Se ligeiros desaparecem espontaneamente em poucos dias; se não desaparecerem deverão ser prescritos antieméticos com poucos efeitos secundários. A metoclopramida pode provocar efeitos extrapiramidais;
- viii) O prurido e a mioclonia tratam-se, respectivamente, com anti-histamínicos e clonazepam;
- ix) Os efeitos secundários, na maioria das vezes, desencadeiam tolerância num curto espaço de tempo, excepto a obstipação;
- x) Em dor recorrente – uso ocasional de opióides de curta duração;
- xi) Em dor contínua – uso de apresentações de libertação retardada.<sup>4</sup>

### c) FÁRMACOS ADJUVANTES

São especialmente úteis em alguns casos de dor neuropática. São utilizados isoladamente ou em associação com opióides e/ou AINEs.

#### ▪ Antidepressivos tricíclicos

Apresentam efeitos anticolinérgicos como principais efeitos colaterais (boca seca, confusão, visão turva, taquicárdia, obstipação, retenção urinária, vertigens e hipotensão ortostática). A nortriptilina é o menos propenso a desencadear hipotensão ortostática nos idosos.

<sup>4</sup> Anexo IV – Tabela dos Opióides

- **Anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, carbamazepina, oxcarbamazepina)**

Apresentam como efeitos secundários: vertigens, disforia e alterações cognitivas.

- **Corticóides**

Apresentam como potenciais efeitos adversos alterações neuropsíquicas, hiperglicemia e retenção de líquidos. Não devem ser administrados de uma forma crónica por poderem desencadear hipertensão, osteoporose, miopatia, aumento do risco de infecção, toxicidade gastrointestinal e efeito neuropsicológico tardio.

- **Relaxantes musculares**

Quando usados em simultâneo com opióides potenciam os efeitos sedativos e depressores.

- **Associações de medicamentos**

Existem anti-inflamatórios e analgésicos associados a opióides (paracetamol + codeína; paracetamol + tramadol). É recomendado não exceder as doses máximas.

Deve prever-se o “efeito de tecto”, pela toxicidade que pode resultar do paracetamol e dos AINEs.

### II.3. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

Quando se inicia ou se procede a ajustes das doses da medicação analgésica é necessário avaliar com frequência a eficácia e os efeitos secundários.

1. Num doente medicado com um opióide há que alertar para não utilizar concomitantemente um outro opióide, eventualmente receitado por outro médico.
2. Num doente medicado com um AINE há que vigiar periodicamente possíveis perdas de sangue por via digestiva, insuficiência renal ou hepática, hipertensão e interacções medicamentosas com outros fármacos ou patologias associadas.

## III – FUNDAMENTAÇÃO

A dor é definida, segundo *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”.

Considera-se dor crónica quando, de forma contínua ou recorrente, existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem. A relação entre dor e lesão é variável e nem sempre é previsível.



A dor crónica moderada a intensa é um sintoma comum entre as pessoas idosas, qualquer que seja o contexto, no domicílio, em internamento ou institucionalizado, e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida. Afecta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e atinge cerca de 83% daqueles que estão institucionalizados em lares. Relaciona-se frequentemente com patologias de incidência elevada, como a osteoartrose, cancro, pós-accidente vascular cerebral, neuropatia periférica da diabetes, enxaqueca, fibromialgia, dor pós-herpética e traumatismo.

A dor crónica do idoso tende a ser multifocal, multifactorial, de intensidade moderada a intensa e com duração de vários anos. Está associada a depressão<sup>5</sup>, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, aumento do risco de polimedicação e de interacções medicamentosas, constituindo um grave problema de saúde pública.

O Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor), aprovado por Despacho da Ministra da Saúde, de 8 de Maio de 2008, prevê, nas suas estratégias de intervenção, a criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas, com o objectivo da melhoria efectiva da qualidade de vida dos doentes com dor, e da implementação de programas eficientes de avaliação e tratamento.

Assim, a emanação da presente Orientação teve em consideração que:

1. A investigação científica demonstrou que a dor crónica tem importantes consequências físicas, psicológicas e sociais e pode inclusivamente influenciar o curso das doenças. Segundo a OMS, “a dor pode matar”.
2. A dor é frequentemente subvalorizada nas pessoas idosas e, conseqüentemente, subtratada e as diversas barreiras à sua manifestação colocam problemas específicos face a um grupo vulnerável com problemas de comunicação, em que a presença de dor tem maior probabilidade de ocorrer.
3. O direito humano à saúde é reconhecido na Constituição da República Portuguesa e, também, em numerosos documentos internacionais.
4. A garantia deste direito obriga a que sejam tomadas medidas que promovam e garantam o acesso a cuidados de saúde de qualidade, de acordo com as necessidades dos doentes idosos, assegurando uma referenciação para o nível de cuidados mais adequados<sup>6</sup>, protegendo-os do sofrimento desnecessário resultante da dor associada às doenças.



Francisco George  
Director-Geral da Saúde

<sup>5</sup> Há autores que sugerem a avaliação da depressão por rotina, podendo ser usadas as Escalas de Depressão já validadas para português, como a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

<sup>6</sup> Anexo V – Referenciação da pessoa idosa com dor crónica em ambulatório

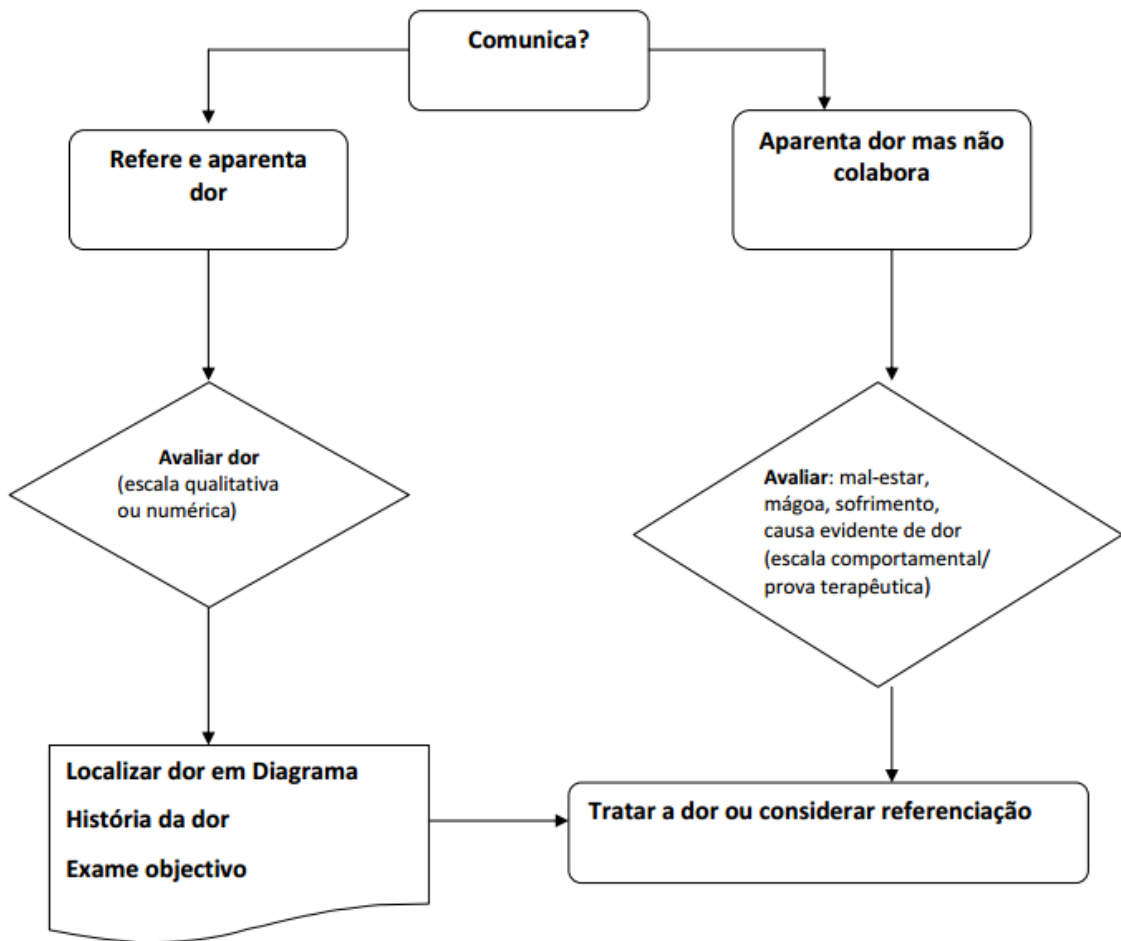
## BIBLIOGRAFIA

- American Geriatric Society. Panel on Chronic Pain in Older Persons. *JAGS* 1998 May; 46(5):635-651.
- Brennan F, Carr DB, Cousins UM. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesth Analg* 2007 July; 105(1): 205–21.
- Direção-Geral da Saúde. A Dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa N.º 09. Lisboa: DGS/DGCG; 2003.
- Estilista J, Hidalgo J, Salles, M. Dor no idoso: Um Grande Esquecimento. *Rev Reg Anest Pain Med*. 2009 Mar: p. 20-27.
- Ferrel, BA. Overview of Aging and Pain. Ferrel BR, Ferrel BA. (Eds). *Pain in the Elderly*. IASP Press; 1996. p. 4.
- Flores J. Fármacos y Dolor. In: *La utilización de analgésicos en el anciano*. Fundación Instituto Uspa del Dolor; 2004. p. 101-125.
- Forniés AL, Diego FIG, Sierra MC, Landázuri JGO. Dolor. In: *Tratado de Geriatria para residentes*. MarCo; 2010. p. 721-731.
- Galvão C. O Idoso Polimedicado: Estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clín Geral* 2006; 22:747-752.
- Helme RD, Gibson SJ. Pain in the elderly. Jensen TS, Turner JA. (Eds). *Proceedings of the 8<sup>th</sup> World Congress on Pain*. IASP Press; 1997:925.
- Helme RD, Gibson SJ. Pain in Older People. In: *Crombie IK, Croft PR. (Eds). Epidemiology of Pain*. IASP Press; 1999. p.103-110.
- Herr KA. Pain Assessment in older Adult with Verbal Communication Skills. In: *Gibson SJ, Weiner DK (Eds). Pain in Older Persons: Progress in Pain Research and Management..* Seattle: IASP Press; 2005.
- International Association for the Study of Pain. Pain Relief as a Human Right. *Pain Clinical Updates* 2004 Sept; XII (5)
- International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. Elsevier; 1991. p. 216.
- Johnson M. Physiology of chronic pain. In: *Banks C, Mavrodt K. (Eds). Chronic Pain Management*. Whurr Publishers; 2005. p. 41–42.
- Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet* 1999 May; 353(8):1609.
- Muravchick S. Physiological Changes of Aging. *ASA Ref Courses* 2003; 31(1):127-138.
- Nebreda C, Urban B. *Manual de farmacos utilizados en el tratamiento del dolor cronico*. IASP Press; 2001.
- Organização Mundial da Saúde. *National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines*. WHO; 2002:83.
- Pasero C, Reed AB, McCaffery M. Chapter 15: Pain in Eldery. In: *Pain: Clinical Manual*. 2<sup>nd</sup> ed. Mosby; 1999. p. 674-707.
- Please, do not make us suffer any more: Access to Pain Treatment as a Human Right. *Human Rights Watch* 2009. p.15.
- Gibson SJ, Weiner DK (Eds). *Progress in Pain Research and Management*. Vol 35, IASP Press, Seattle; 2005.
- Questionários sobre Dor Crónica. *Dor* 2007; 15 (4).
- Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, British Pain Society. *The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No. 8*. London: RCP; 2007.
- Rudy T; Lieber S "Functional Assessment of Older Adults with Chronic Pain"; *Cap 8; Pain Older Persons*.
- Sousa C, Pereira MG. Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: Estudo de validação da "Hospitalanxiety and Depression Scale"(HADS). *Psic., Saúde & Doenças*, 2008;9 (2):283-298 Disponível em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200008&script=sci_arttext)
- The Merck Manual of Geriatrics. Section 6: Neurological Disorders. Ch. 43: Pain. 2005. Disponível em <http://www.merck.com/mkgr/mmg/sec6/ch43/ch43a.jsp>
- Thomas J, Gunten CF. Pharmacologic Therapies for Pain. In: *Current Diagnosis & Treatment of Pain*. McGraw-Hill; 2006. p. 21-37.



ANEXO I

Fluxograma de avaliação da dor na pessoa idosa



Adaptado de: Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, The British Pain Society; *Concise Guidance to Good Practice\_Number8, the assessment of pain in older people, October 2007*

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO.....NOME PRÓPRIO .....				DATAS	
SERVIÇO.....					
Observação comportamental					
<b>REPERCUSSÃO SOMÁTICA</b>					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átone, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
<b>REPERCUSSÃO PSICOMOTORA</b>					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível: qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
<b>REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL</b>					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada ( o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hirondina Guarda				PONTUAÇÃO	

## ESCALA DOLOPLUS LÉXICO

### **Queixas somáticas**

O paciente exprime a sua dor através da palavra, do gesto ou de gritos – choros – gemidos.

### **Posições antálgicas**

Posição corporal não habitual, visando evitar ou aliviar a dor.

### **Protecção de zonas dolorosas**

O paciente protege uma das zonas do seu corpo através de uma atitude ou determinados gestos de defesa.

### **Mímica**

O rosto parece exprimir a dor através da expressão (crispada, tensa, átona) e do olhar (olhar fixo, vazio, ausente, lágrimas).

### **Solicitação**

Toda e qualquer solicitação (aproximação de um cuidador, mobilização, cuidados, etc).

### **Higiene/Vestir**

Avaliação da dor durante a higiene e/ou o vestir, sozinho ou com ajuda.

### **Movimentos**

Avaliação da dor no movimento: mudança de posição – transferências – marcha, sozinho ou com ajuda.

### **Comunicação**

Verbal ou não verbal.

### **Vida Social**

Refeições, animações, actividades, ateliers terapêuticos, acolhimento das visitas, etc.

### **Perturbações do comportamento**

Agressividade, agitação, confusão, indiferença, deslize, regressão, pedido de eutanásia, etc.

## **ESCALA DOLOPLUS CONSELHOS DE UTILIZAÇÃO**

### **1. A UTILIZAÇÃO NECESSITA DE UMA APRENDIZAGEM**

Como para qualquer novo instrumento, será sensato experimentá-lo antes de o difundir. O tempo de cotação da escala diminui igualmente com a experiência (alguns minutos no máximo). Logo que possível, será útil designar uma pessoa de referência numa determinada estrutura de cuidados de saúde.

### **2. COTAR EM EQUIPA PLURISCIPLINAR**

Quer se trate de uma estrutura sanitária, social ou no domicílio, é preferível que a cotação seja efectuada por vários cuidadores (médico, enfermeiro, auxiliar...). No domicílio, é possível integrar a família e os outros intervenientes, com o apoio de um boletim de articulação de cuidados, do telefone, ou até mesmo de uma reunião em torno da cama do doente. A escala deve ser integrada no processo clínico ou no "boletim de articulação de cuidados".

### **3. NÃO COTAR NADA NO CASO DE EXISTIR UM ITEM DESADEQUADO**

Não é necessário obter uma resposta para todos os itens da escala, em particular face a um paciente desconhecido, relativamente ao qual não se possuem ainda todos os dados, nomeadamente no plano psico-social. Do mesmo modo, em caso de coma, a cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos.

### **4. OS COMPORTAMENTOS PASSIVOS**

São menos perceptíveis mas tão presentes e importantes como os comportamentos activos; por exemplo, as perturbações do comportamento podem-se exprimir de um modo hiperactivo, tal como a agressividade pouco habitual, mas também como modo de afastamento.

### **5. A COTAÇÃO DE UM ITEM ISOLADO**

Não tem significado; é a pontuação global que se tem que considerar. Se ela se concentra nos últimos itens, a existência de dor é pouco provável.

### **6. ESTABELECEER UMA ACTUALIZAÇÃO DAS PONTUAÇÕES**

A reavaliação será efectuada duas vezes ao dia até à seditação das dores e posteriormente o seu espaçamento será estabelecido em função das situações. Estabelecer uma actualização das pontuações, fazendo-a aparecer na folha de tratamento (ao mesmo nível que a temperatura ou a tensão arterial) será um argumento primordial na percepção do sintoma e na implementação do tratamento.

### **7. NÃO COMPARAR AS PONTUAÇÕES DE PACIENTES DIFERENTES**

A dor é uma sensação e uma emoção subjectiva e pessoal. A comparação das pontuações entre pacientes não faz, portanto, qualquer sentido. Apenas a evolução das pontuações de um dado paciente nos interessa.

### **8. EM CASO DE DÚVIDA, NÃO HESITAR EM FAZER UM TESTE TERAPÊUTICO ANTÁLGICO ADAPTADO**

Admite-se, actualmente, que uma pontuação superior ou igual a 5/30 é sinal de dor. Contudo, para as pontuações próximas deste limiar, é necessário dar o benefício da dúvida ao doente. Se o comportamento observado se modificar com a toma de analgésicos, confirma-se a existência de dor.

### **9. A ESCALA EFECTUA A COTAÇÃO DA DOR E NÃO DA DEPRESSÃO, DA DEPENDÊNCIA OU DAS FUNÇÕES COGNITIVAS**

Existem numerosos instrumentos adaptados a cada situação, e é primordial compreender que se procura determinar as alterações de comportamento ligadas a uma eventual dor. Assim, para os itens 6 e 7, não se procede à avaliação da dependência ou da autonomia, mas sim da dor.

### **10. NÃO RECORRER SISTEMATICAMENTE À ESCALA DOLOPLUS-2**

Quando a pessoa idosa é comunicante e cooperante será mais lógico utilizar instrumentos de auto-avaliação. Quando a dor é evidente, será mais urgente acalmá-la do que avaliá-la... No entanto, à mínima dúvida, a hetero-avaliação evitará qualquer subavaliação.

ANEXO III

Tabela de AINEs

Fármaco	Dose	Pico conc. plasmática	Semi-vida de eliminação	Precauções
Paracetamol (Acetaminofeno)	q 4-6 h até 4000 mg/dia	30-60 min	120 min	Na insuficiência hepática e insuficiência renal
Aspirina	q 4-6 h até 4000mg/dia	30 min.	2-3 h	Alteração da função plaquetária e hemorragias gastrointestinais
Naproxeno	275-500 mg q 8-12 h	4-6 h	12-15 h	Evitar doses altas por longos períodos de tempo
Ibuprofeno	400-800 mg q 6-8 h	1-2 h	2-2.5 h	Evitar doses altas por longos períodos de tempo. Risco de hemorragia em doentes hipocoagulados, devido ao efeito anti-agregante plaquetário
ketoprofeno	25.75 mg q 6-8 h	½-2 h	1-3 h	
Flurbiprofeno	50-100 mg q 12-24 h	1-2 h	2 h	
Indometacina	25-50 mg q 8-12 h	½-4 h	2-11 h	Pode aumentar as concentrações plasmáticas de lítio, digoxina e metotrexato
Etodolac	200-400 mg q 6-8 h	1-2 h	6-7 h	
Sulindac	150-200 mg q 12 h	2 h	16-18 h	
Diclofenac	25-75 mg q 8-12 h	14-50 min	1-2 h	Efeito anti-agregante plaquetário. Pode aumentar as concentrações plasmáticas de lítio, digoxina e metotrexato
Ac. Mefenâmico	250-500 mg q 12-24 h	2-4 h	3-4 h	Risco de toxicidade renal e hematológica
Nabumetona	1000-2000 mg q 24 h	3-6 h	24 h	Pode aumentar as concentrações plasmáticas de lítio, digoxina e metotrexato, e interferir com o efeito dos diuréticos e anti-hipertensores
Piroxicam	10-20 mg q 24 h	3-5 h	45-50 h	Elevada incidência de reacções de fotosensibilidade. Não exceder 20mg/dia
Meloxicam	7,5-14 mg q 24 h	4-5 h	15-20 h	
Valdecoxib	10-20 mg q 12-24 h	3 h	8-11 h	Usar com precaução em doentes com Insuficiência cardíaca, hipertensão ou edemas. Contra indicados em doentes com doença cérebro-vascular, doença cardíaca isquémica e na insuficiência renal
Rofecoxib	12,5-50 mg q 24 h	2-3 h	17 h	
Celecoxib	100-400 mg q 12 h	3 h	11 h	
Etoricoxib	60-90-120 mg q 24 h	2- 4h	22 h	
Metamizol	500-1000 mg q 6-8 h	1,5 h	4 h	Reacção adversa mais preocupante é a agranulocitose com risco de 1,1 casos por milhão

Álamo, C. Guia Farmacológica dos Analgésicos: Analgésicos anti-inflamatórios no esteroídicos. Madrid: Aran; 2006.  
 Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics Analgesic .Pharmacotherapy of Gout: Antipyretic Agents, 11ª ed. New York: McGraw-Hill; 2006

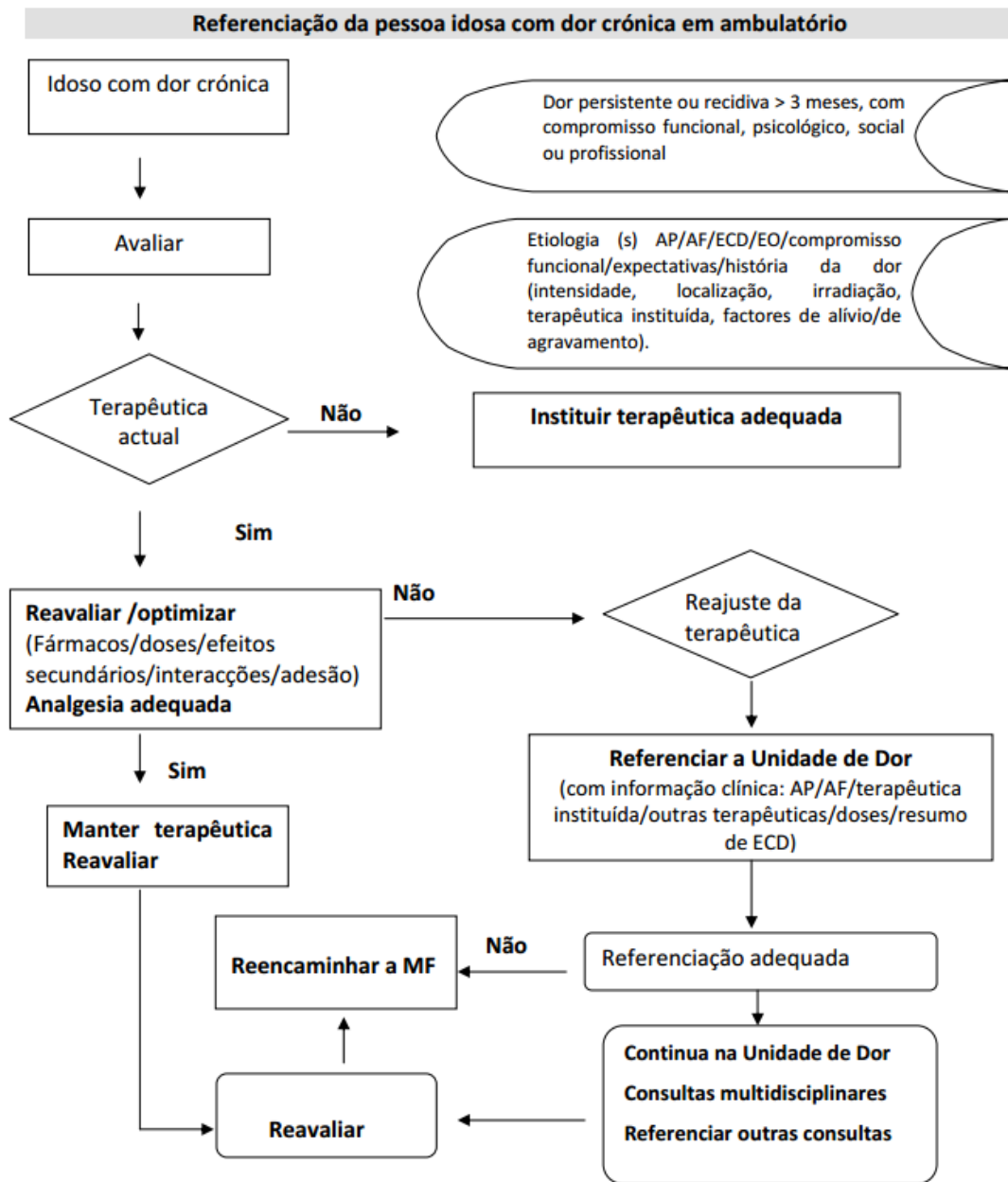
## ANEXO IV

### Tabela dos Opióides

Farmaco	Dose Inicial	T. Conc. Máxima	Efeitos nos idosos	Precauções
Codeína	30 – 60 mg q 4-6 h	2 h	Obstipação acentuada	Iniciar precocemente uso de laxantes
Tramadol	50 – 100 mg q 6-8 h	2 h	Sedação, depressão do centro respiratório, cardiotoxicidade	Doentes com mais de 75 anos e ou insuficiência renal o tramadol apresenta semi-vida aumentada, pelo que deve iniciar com doses baixas e aumentar gradualmente com doses baixas
Morfina	10 – 30 mg q 4-6 h	20 – 120 min	Grande sensibilidade aos efeitos secundários.	Iniciar com doses baixas, antecipar e prevenir efeitos secundários.
Hidromorfona "Técnica Oros"	8 –24 mg /24 h	6 – 8 h	Precaução com os efeitos colaterais	Dose inicial reduzida Atenção aos insuficientes renais.
Fentanilo	>25mcg/h	8 – 12 h	Formulação TD de uso q 72 h (3 dias)	Não recomendado em doentes não habituados a opióides Iniciar precocemente uso de laxantes
Buprenorfina	> 35 mcg/h	8 –12 h	Formulação TD de uso q 84 h (3,5 dias)	



ANEXO V




AP – Antecedentes pessoais; AF – Antecedentes familiares; ECD – Exames Complementares de Diagnóstico; EO – Exame Objectivo; MF – Médico de Família






# Anexos VI



REPÚBLICA PORTUGUESA  
SAÚDE



Guia de tratamento da prescrição nº: \*3011000030201475400\*

**Guia de Tratamento para o Utente**  
 Não deixe este documento na Farmácia

Data: 2016-10-26

Local de Prescrição: CS PÓVOA SANTA IRIA

Prescritor: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Utente: \_\_\_\_\_

Código de Acesso e Dispensa: \*851809\*      Código de Opção: \*3386\*

DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	Quant.	Validade da prescrição	Encargos*
<b>1</b> Metamizol magnésico, 575 mg, Cápsula, Blister - 60 unidade(s)  tomar um caso de dor	X	2016-11-25	Esta prescrição custa-lhe, no máximo, € 2,77, a não ser que opte por um medicamento mais caro.
<b>2</b> Fluticasona, 50 µg/dose, Suspensão para pulverização nasal, Frasco - 1 unidade(s) - 120 dose(s) aplicar duas vezes ao dia	X	2016-11-25	Esta prescrição custa-lhe, no máximo, € 2,26, a não ser que opte por um medicamento mais caro.
<b>3</b> Furosemida, 40 mg, Comprimido, Blister - 60 unidade(s)  tomar um de manhã em jejum	3	2017-04-26	Esta prescrição custa-lhe, no máximo, € 0,32, a não ser que opte por um medicamento mais caro.
<b>4</b> Carbonato de cálcio + Colecalciferol, 1500 mg + 400 U.I., Comprimido orodispersível, Frasco - 60 unidade(s) tomar um por dia	2	2017-04-26	Esta prescrição custa-lhe, no máximo, € 3,03, a não ser que opte por um medicamento mais caro.
<b>5</b> Aceglumato de deanol + Heptaminol, 230 mg/10 ml + 180 mg/10 ml, Solução oral, Ampola - 20 unidade(s) - 10 ml tomar um por dia	X	2016-11-25	Esta prescrição custa-lhe, no máximo, € 5,37, a não ser que opte por um medicamento mais caro.
<b>6</b> Omeprazol, 20 mg, Cápsula gastrorresistente, Blister - 56 unidade(s)  tomar um de manhã em jejum	3	2017-04-26	Esta prescrição custa-lhe, no máximo, € 0,37, a não ser que opte por um medicamento mais caro.

\*Os preços são válidos à data da prescrição. Para verificar se houve alterações nos preços dos medicamentos:

- Consulte «Pesquisa Medicamento» em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt) ou «Poupe na Receita» no seu telemóvel
- Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00)
- Fale com o seu médico ou farmacêutico.

Processado por computador - MedicineOm, versão 8.x - MedicineOm Life Sciences Computing S.A.

## Códigos para utilização pela farmácia em caso de falência do sistema informático

